

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 53.

LA
TUBERCULOSE VERTÉBRALE
DES VIEILLARDS

FORMES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC

T H E S E

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Décembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fernand CLÉMENT

Né le 5 Février 1877, au Castellet (Var).

Élève à l'École du Service de Santé Militaire,



LYON

A REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 53.

LA
TUBERCULOSE VERTÉBRALE
DES VIEILLARDS

FORMES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 40 Décembre 1900

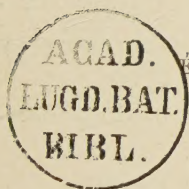
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fernand CLÉMENT

Né le 5 Février 1877, au Castellet (Var).

Elève à l'École du Service de Santé Militaire,



LYON

A REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.
CROLAS. QUESTEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
		BONDET.
		BARD.
Cliniques chirurgicales.	}	PONCET.
		X.
Clinique obstétricale et Accouchements.		FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.		PIERRET.
Physique médicale.		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.		HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.		CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.		FLORENCE.
Parasitologie.		LORTET.
Anatomie.		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.		RENAUT.
Physiologie.		MORAT.
Pathologie interne.		TEISSIER.
Pathologie externe.		AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MAYET.
Anatomie pathologique.		TRIPPIER.
Médecine opératoire.		POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.		ARLOING.
Médecine légale.		LACASSAGNE.
Hygiène.		COURMONT.
Thérapeutique.		SOULIER.
Pharmacologie.		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. LAROYENNE, Président ; POLLOSSON (A.), Assesseur ;
MM. SIRAUD et DOYON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE

Témoignage de ma profonde reconnaissance.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR LAROYENNE

Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ SIRAUD

INTRODUCTION

La tuberculose a paru longtemps être réservée à la jeunesse et à l'adolescence. Les cliniciens ont cru, comme HIPPOCRATE, que l'homme, en avançant dans la vie, y gagnait une immunité de plus en plus absolue. Mais il n'en est rien. Des vérités nouvelles ont été établies par une observation rigoureuse et l'étude attentive des faits. Le bâtonnet de Koch n'épargne aucun âge, et s'il trouve dans l'enfance une vitalité plus favorable à son développement, l'organisme à son déclin lui offre aussi un terrain de culture. Pourquoi le vieillard, en pleine déroute physiologique, ne serait-il pas un milieu tuberculisable ?

Les statistiques de PRUS, VULPIAN, GEIST, LEBERT ont démontré jusqu'à l'évidence combien sont fréquentes dans le poumon des vieux les lésions bacillaires. Mais si la tuberculose pulmonaire n'est plus considérée aujourd'hui comme incompatible avec la sénilité, il a été longtemps difficile, malgré BOURDELAIS, PAGET, GOWERS et tant d'autres, de faire admettre que le squelette sénile est susceptible de se tuberculiser.

En feuilletant les pages médicales, nous n'avons

trouvé éparses que des observations presque sans commentaires de tuberculose vertébrale à un âge avancé ; nulle part une histoire complète de l'affection. C'est elle qui constituera le sujet de notre travail inaugural, et cette étude, peut-être un peu osée, ne sera pas inutile si elle contribue à combler une lacune de la pathologie des vieillards.

L'homme devenant vieux insensiblement, son organisme subissant la régression vitale d'une façon lente, il est impossible de marquer des frontières aux divers stades de l'existence et de fixer l'instant précis où l'adulte doit être appelé vieillard. « L'évolution sénile commence lorsque le renouvellement moléculaire qui constitue la vie se trouve entravé, lorsque la nutrition devient défailante » (CANSTADTT). *Ætas non annis, sed viribus æstimatur*. Mais, pour les observations que nous apportons, empruntées presque toutes à la littérature médicale, il nous a été impossible de juger l'état de sénilité des malades dont l'histoire est exposée ; il nous fallait alors un terme, un âge minimum : nous avons choisi celui de cinquante ans, à l'instar des principaux pathologistes de la vieillesse. « L'âge où la tuberculose doit être considérée comme sénile », dit HOWARD MARSH, « est cinquante ans, c'est une limite arbitraire, mais justifiée par la clinique ». « La cinquantaine », dit PETER, « est cette époque de la vie où la décadence organique s'accroît physiologiquement, et où nous voyons si souvent, par son fait, survenir la tuberculisation. »

Voici quel est le plan de notre travail :

Après avoir consacré un chapitre à l'historique, la

fréquence de l'affection, et cité les opinions très diverses des auteurs, nous décrivons **trois** formes cliniques de tuberculose vertébrale des vieillards, en indiquant pour chacune d'elles les incertitudes du diagnostic.

Et si quelque erreur se glisse au milieu de ces lignes, qu'on se souvienne qu'à peine au sortir des bancs on n'est pas infaillible et que, lorsqu'on écrit pour la première fois, on a droit à une critique indulgente.

Mais avant de commencer cette modeste étude, nous avons à cœur de remercier ici tous ceux qui nous ont fait aimer l'art médical : que chacun de nos maîtres civils et militaires reçoive sa part de reconnaissance.

M. le professeur Laroyenne nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous l'en remercions respectueusement.

M. le professeur agrégé Siraud nous a donné l'idée première de ce travail : grâce à sa science et à son amabilité nous l'avons mené à bonne fin ; qu'il accepte ici l'assurance de notre vive gratitude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LA
TUBERCULOSE VERTÉBRALE
DES VIEILLARDS

Formes cliniques et diagnostic.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE ET FRÉQUENCE

Les premiers travaux sur les maladies des vieillards datent de 1724, lorsque FLOWER publia un petit traité sur *Medicina Gerocomica*. Après lui viennent WELSTED, puis FISHER avec son *Tractatus de senio* (1766). Mais, à cette époque, on retrouve avec peine le germe des notions actuellement admises sur la tuberculose vertébrale. C'est PERCIVAL POTT qui, en 1778, donne le premier, dans ses *Œuvres chirurgicales*, un exposé synthétique du mal auquel est attaché son nom. Voici, sur le point qui nous intéresse, comment s'exprime l'auteur anglais : « La plupart de ceux qu'attaque cette maladie sont des enfants, de jeunes garçons ou de jeunes filles. Les adultes n'en sont pas exempts, mais je ne l'ai jamais vue chez ceux qui avaient passé quarante ans. » Ces paroles autorisées eurent sur les recherches ultérieures un résultat regrettable, car, pendant plus d'un demi-siècle, les pathologistes de la

vieillesse ont négligé la recherche du mal de Pott. En effet, PRUS¹, BEAU², DURAND-FARDEL³, METTENHEIMER⁴, n'en font aucune mention ; ils semblent complètement ignorer l'existence du mal vertébral. Et pourtant, plusieurs de nos observations appartiennent à la première moitié du siècle.

Le premier auteur qui ait réagi contre l'opinion courante est PAGET, en 1867 : « On admet trop souvent, dit-il dans ses *Clinical lectures and Essays*, que la scrofule est exclusivement une maladie de la première moitié de la vie. Sans doute, les jeunes gens sont beaucoup plus sujets à la scrofule que les vieillards, mais les vieillards au dessus de soixante ans sont plus souvent scrofuleux que les personnes de trente à cinquante ans, et sûrement le sont plus souvent qu'on ne le croit en général. La manifestation certainement la plus fréquente est la scrofule osseuse. Nous l'avons rencontrée dans presque tous les cas de scrofule sénile que nous avons observés. Son siège le plus ordinaire est la région du pied et la colonne vertébrale. »

Depuis PAGET, l'esprit des cliniciens, mieux orienté, s'engagea dans une voie plus heureuse, et l'on observa de nombreux cas de mal tuberculeux des vertèbres. LEYDEN, MARSH, GOWERS, QUÉNU, JACCOUD, DELBET,

¹ Prus, *Mémoire de l'Académie de médecine*, 1840.

² Beau, *Etudes cliniques sur les maladies des vieillards*. (*Journal de médecine de Beau*, 1843.)

³ Durand-Fardel, *Traité pratique des maladies des vieillards*, 1854.

⁴ Mettenheimer, *Beiträge zu der Lehre der Greisenkrankheiten*, Leipzig, 1863.

GANGOLPHE, pour ne citer que les principaux, en publièrent tour à tour. Ce dernier auteur, dans son ouvrage sur les *Maladies infectieuses et parasitaires des os*, consacre à l'ostéo-tuberculose sénile une page dont l'idée générale nous servira de guide.

Au IV^e Congrès de la tuberculose, qui se tenait à Paris en 1898, WIDAL disait : « La tuberculose osseuse ou cutanée est considérée comme exceptionnelle chez le vieillard. J'ai eu, cependant, l'occasion d'en recueillir dix observations chez des gens âgés de soixante dix à soixante-dix-huit ans. » Et, il y a quelques mois à peine, au XIII^e Congrès de médecine (2-9 août 1900), APERT, à la suite de la communication de M. SIREDEY (de Paris) sur le « Diagnostic du mal de Pott chez l'adulte », relatait un cas de tuberculose vertébrale chez une malade de soixante ans.

C'est donc faute d'une étude sans idée préconçue, faute d'un examen sans préjugé, et grâce aux opinions adoptées à la légère, qu'on a pu jusqu'ici considérer le mal de Pott sénile, d'abord comme n'existant pas, puis comme exceptionnel.

Écoutons FULLER¹ : « Les phtisiques, dit-il, sont aussi nombreux à soixante-dix ans qu'à quinze ans. Si cette proposition paraît paradoxale, c'est au point de vue absolu, car, en vérité, on compte plus de poitrinaires à quinze ans qu'à soixante-dix ans, parce que, dans le chiffre total de la population, il y a plus de jeunes gens que de vieux ; mais cette proposition est

¹ Fuller, *Diseases of the Lungs*, 1867.

très fondée au point de vue relatif, c'est-à-dire que sur cent individus de soixante-dix ans, il y a presque autant de poitrinaires que sur cent individus de quinze ans. » Ce que Fuller dit pour la phthisie, nous pourrions le dire pour la tuberculose vertébrale. Nous n'apportons pas ici de statistique, nous n'en connaissons pas, et notre courte expérience ne nous a pas permis d'en établir une. Mais alors que, chez l'enfant, la moindre atteinte tuberculeuse éveille chez lui les plus grands troubles, chez le vieillard, un désaccord complet règne entre les fonctions, « les organes vivent et souffrent isolément », comme dit GRISOLLE, et les plus vastes lésions peuvent demeurer latentes, sans retentir jamais sur l'état général ; d'où l'existence chez les gens âgés de toute une forme de bacillose des vertèbres, qui demeure cachée aux yeux du clinicien non prévenu, qu'il lui est impossible de déceler pendant la vie, qui n'est qu'une trouvaille d'autopsie. Cette forme purement anatomique (que nous décrirons comme troisième forme clinique) est moins rare qu'on ne le croit habituellement.

Et si on ajoute à l'observation clinique la constatation anatomique, nous sommes convaincu et osons affirmer par avance que, lorsqu'une statistique soignée existera en tenant compte de toutes les variétés, le mal de Pott sénile pourra presque égaler en fréquence le mal de Pott des adolescents.

CHAPITRE II

FORMES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC

Nous avons étudié un certain nombre de cas qui se rapportent aux trois variétés cliniques, dont nous nous sommes efforcé de dégager le type par les lectures et par l'examen des observations. Et dans chaque forme on découvrira une symptomatologie prédominante, ceci justifiant plus ou moins le mot de RÉVEILLÉ-PARISE, à propos de l'organisme des vieillards : « La machine est ébranlée et discordante. »

Nous étudierons :

1° Une **forme classique** de tuberculose vertébrale sénile, mal de Pott en tout semblable à celui de l'adulte ou de l'enfant, mais empreint toutefois du cachet de la vieillesse ;

2° Une **forme nerveuse**, se révélant uniquement par des symptômes nerveux ;

3° La **forme latente**, exclusivement anatomique, forme spéciale à l'âge avancé, sans symptôme apparent pendant la vie et s'accompagnant néanmoins de lésions osseuses plus ou moins étendues.

PREMIÈRE FORME. — MAL DE POTT CLASSIQUE

Cette première variété a des symptômes comparables à ceux de la tuberculose vertébrale infantile. C'est surtout elle que visait WIDAL¹ : « Au point de vue clinique, dit cet auteur, l'évolution de ces tuberculoses locales commençant à un âge avancé a été telle qu'on l'observe chez les jeunes. » C'était déjà l'opinion de GOWERS² : « Dans les cas de carie chez les gens ayant plus de cinquante ans, la maladie est semblable en nature à celle qui apparaît dans le jeune âge. »

Nous allons montrer cependant que cette forme mérite d'être décrite, car si les symptômes sont les mêmes que dans l'enfance, ils revêtent néanmoins un aspect tout autre : ils sont, si l'on peut dire, modifiés par la sénilité.

La période initiale de la maladie, au lieu d'être toujours plus ou moins vague, plus ou moins obscure, comme dans l'enfance, est plutôt brusque. C'est une douleur locale sur la colonne vertébrale, c'est une névralgie intercostale ou sciatique qui se révèle subitement ; quelquefois c'est une paralysie que rien n'a fait prévoir et qui précède les douleurs de plusieurs années (obs. VIII) ; chez tel malade une gibbosité se dessine (obs. VII) ; chez tel autre un abcès énorme apparaît sans symptômes précurseurs, à la grande surprise du malade et du médecin (obs. XX). GOWERS

¹ Vidal, IV^e Congrès de la tuberculose, Paris, 1898.

² Gowers, Spinal caries in the old (*British medical journal*, 3 July, 1886.

cite le cas d'une femme chez laquelle de vifs picotements dans une jambe suivirent instantanément de très violents éternuements, et ces symptômes marquèrent le début d'un mal de Pott.

Ce premier symptôme, ce signe révélateur peut être alarmant, car il annonce une lésion déjà avancée, et, comme le feu qui mine lentement et furtivement la charpente d'un édifice, le bacille tuberculeux a détruit sourdement le squelette du vieillard.

Cette latence est due au défaut de réaction des tissus, à leur inertie sénile. N'oublions pas que « la machine est discordante », c'est-à-dire que les manifestations extérieures appréciables ne sont pas en rapport avec la gravité des lésions, et que ce développement lent et torpide est caractéristique du mal de Pott sénile.

Mais lorsqu'un symptôme net a brutalement révélé une lésion déjà vieille, le tableau clinique se présente généralement complet : nous allons le dépeindre en passant en revue les signes physiques et les troubles fonctionnels.

A. SIGNES PHYSIQUES. — 1° *Gibbosité*. BOUVIER¹, considérant les relations qui existent entre l'âge et la gibbosité, a trouvé que sur 40 enfants atteints de mal vertébral, 34 ont présenté une gibbosité, 6 seulement n'en eurent pas. Au contraire, sur 61 adultes, 34 ont eu la gibbosité, elle a manqué dans les 27 autres cas. Nous

¹ Bouvier, *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*, 1858.

pouvons compléter cette statistique en disant que chez les 49 vieillards dont nous connaissons l'histoire, 18 eurent une déformation vertébrale et 31 en furent exempts. La gibbosité diminue donc de fréquence avec l'âge. Si l'on examine les vertèbres des vieux, on remarque cependant, en faveur de sa production, une raréfaction véritable, une atrophie osseuse doublée d'un aspect grasseux dus à la dénutrition. Mais si l'ostéoporose sénile est un facteur d'effondrement facile, le tassement des corps vertébraux, leur soudure, l'ossification des fibro-cartilages transforment au contraire la colonne vertébrale en une tige rigide qui ne s'écroulera pas aisément. Et si les lésions tuberculeuses parviennent à l'ébranler, la déformation produite empruntera un contour spécial, ce ne sera pas *l'angular curvature* des Anglais, mais une courbe d'un plus grand rayon, une bosse plus arrondie; et cela parce que les lésions sont plus étendues, plus diffuses et les diverses parties de la colonne osseuse plus solidaires les unes des autres.

Chez l'enfant, cette déviation pathologique n'est pas la seule dont la colonne soit le siège. D'autres sont la conséquence de la première : nous voulons dire les courbures de compensation. Au nombre de deux, l'une au dessus, l'autre au dessous, elles cherchent à rétablir la statique rompue de l'édifice humain.

Mais, comme le dit WIART (*Revue de chirurgie*, 1888), « elles ne se font point avec une égale facilité à tous les âges ». Pour DELPECH¹, leur production n'était

¹ Delpech, *Traité de l'orthomorphie*,

possible que sur les sujets n'ayant point dépassé l'âge de la puberté, et même, au dire de NÉLATON¹, pour la seule région lombaire. Pareille opinion est trop exclusive, dit MICHEL², qui a constaté une exagération des courbures cervicale et lombaire chez un adulte de trente-cinq ans atteint de gibbosité dorsale. « Leur développement, dit Wiart (*loc. cit.*), est beaucoup plus accentué et plus rapide chez les enfants, à cause de l'extrême mobilité du rachis et des modifications apportées par un développement qui s'accomplit dans des conditions nouvelles et toutes spéciales ». Mais si cette mobilité du rachis est diminuée chez l'adulte, elle est nulle chez le vieillard ; si les courbures de compensation peuvent encore exister à un degré moindre chez le premier, la tige rigide des vieux demeure malgré tout en cyphose, et les courbures compensatrices n'existent pas.

Le siège de la déformation est, en général, la région dorsale.

Sur nos dix-huit cas, nous avons observé une déformation à :

Région cervicale	1 fois.
— dorsale	14 —
— lombaire.	3 —
	18 fois.

Il nous reste à signaler, à propos de la gibbosité, un dernier point intéressant : c'est son mode de formation

¹ Nélaton, thèse Paris, 1836.

² Michel, cité par Wiart.

sans douleur. Le malade perçoit à peine un léger craquement ; d'autres fois rien du tout, et alors il est tout étonné un beau jour d'observer une saillie dans son dos ou de la sentir incidemment lorsqu'il veut s'appuyer contre un mur (obs. XI). Et n'est-ce pas surprenant d'ignorer qu'on est bossu (obs. XIII) ?

2° *Abcès par congestion*. — Si l'on se contentait de donner l'impression qui se dégage d'une lecture sommaire de nos observations, on affirmerait que l'abcès par congestion est rare dans la vieillesse. Quel contraste, en effet, entre les données cliniques et les révélations de l'autopsie ! Sur nos 49 cas, 11 fois seulement l'histoire du malade signale l'abcès, alors que, dans chaque examen *post mortem*, on décrit de vastes collections purulentes.

« La suppuration », dit MARSH¹, « est la règle dans la tuberculose sénile, et, en général, elle apparaît dès le début. » Nous savons pourquoi l'abcès ossifluent ne trahit sa présence par aucun symptôme, et pourquoi ces grosses collections se forment quelquefois sans être soupçonnées. Nous n'avons plus ici, chez l'homme vieux, cette douleur sourde, localisée, qui accompagne la formation du pus dans un organisme qui bat à l'unisson et où le désaccord des fonctions n'existe pas.

Et si les signes subjectifs ne permettent pas de penser à l'existence d'un foyer purulent, les signes objectifs manquent aussi souvent. Le pus, en effet, n'émigre pas vers les régions éloignées, il ne fuse pas dans les

¹ Marsh, Senile tuberculosis (*The Lancet*, 16 avril 1892).

interstices comme chez l'enfant, il demeure sur place et s'enveloppe d'une coque fibreuse très dense. Quand les abcès sont volumineux, ils ressemblent à des fruits appendus le long de la tige vertébrale ; quand ils sont tout petits, ils forment des traînées irrégulières « comparables aux gouttes de cire qui coulent le long d'un cierge » ; mais toujours, par leur situation profonde, ils échappent aux moyens d'exploration. Dans les quelques cas où l'abcès se fraye une route, il ne permet pas l'erreur. Son énorme volume l'a quelquefois fait comparer à une tête d'enfant (obs. VI et XX) ; sa fluctuation et sa rénitence imposent alors le diagnostic.

B. TROUBLES FONCTIONNELS. — Les uns sont liés à l'altération osseuse, comme la douleur, la raideur de l'échine ; les autres, plus graves, résultent des lésions médullaires.

1° *Douleur*. — Nous nous ferions une très fausse idée du mal de Pott sénile si le développement indolore de la gibbosité et de l'abcès par congestion nous faisait croire à l'absence, chez le vieillard, du symptôme douleur.

L'axe médullaire et les nerfs qui en émanent ne peuvent demeurer insensibles au voisinage tuberculeux et subir, sans réaction aucune, la compression parfois fort grande des produits tuberculeux. Le vieillard souffre, et souvent d'une façon intolérable. Ces souffrances présentent tous les degrés d'intensité possibles, depuis le simple fourmillement jusqu'aux douleurs fulgurantes des membres, jusqu'aux névralgies intercos-

tales, c'est une douleur en ceinture (Nélaton) qui leur étreint la poitrine et leur arrache des cris déchirants. Ces douleurs ouvrent très souvent, comme dans l'enfance, le cortège symptomatique, mais leur étiologie n'en est pas moins obscure, car souvent l'on ne pense pas, dans un âge avancé, à la tuberculose des vertèbres.

Signalons, en passant, que la douleur à la pression sur la colonne vertébrale et sur la gibbosité elle-même (obs. VII et XVII) n'existe pas toujours; dans plusieurs cas même, le symptôme douleur n'existe pas (obs. XX et XVI). De pareils faits nous semblent spéciaux au mal de Pott sénile.

2° *Raideur de l'échine.* — C'est un excellent signe de tuberculose vertébrale. Quand vous soumettez un enfant pottique à l'épreuve trop dure pour lui des mouvements de flexion, torsion et latéralité du rachis, celui-ci se meut tout d'une pièce, il éprouve une gêne considérable, il est absolument rigide; et cette rigidité est due à la crainte instinctive du sujet, qui amorce par un réflexe une contracture de vigilance. Cette raideur musculaire de l'échine, on la rencontre aussi quelquefois chez le vieillard porteur d'un mal de Pott (obs. XIX et IV), mais rappelons-nous que la contracture de vigilance n'a pas toujours sa raison d'être, car la colonne sénile, nous l'avons dit déjà, peut organiser un autre système de défense; elle a, par des jetées osseuses, réuni en une seule masse tous les éléments vertébraux, et sa rigidité alors, d'origine squelettique, n'a plus la valeur symptomatique qu'elle avait chez l'enfant.

3^o *Phénomènes d'ordre médullaire.* — L'étude de ces phénomènes médullaires, troubles de la motilité, de la sensibilité, de l'acte réflexe, troubles trophiques, est très intéressante ; mais comme elle doit constituer, à elle seule, notre deuxième forme de tuberculose vertébrale, nous l'étudierons dans le prochain chapitre afin de ne pas tomber dans des redites. Contentons-nous de signaler ici l'absence fréquente des désordres nerveux autres que la douleur (obs. VI, VII, IV, X, XV, XVII, XXII, XXIII), absence qui rend moins saisissant le tableau clinique et plus mystérieux encore le duel latent du bacille et de la vertèbre.

C. ÉTAT GÉNÉRAL. — L'ostéite vertébrale aiguë de l'enfant, à réaction inflammatoire intense, analogue par sa séméiotique à la fièvre typhoïde (Lannelongue) ne nous paraît pas exister chez le vieillard. Tous nos cas sont apyrétiques et, quand la fièvre s'allume, ce n'est qu'à la faveur d'un ensemencement général ou d'une maladie intercurrente. Mais si un état aigu n'accompagne pas le développement des tubercules, le cercle des sympathies n'est pas toujours assez restreint pour isoler le jeu des fonctions et ne pas retentir sur l'appétit, l'état d'embonpoint et la vigueur des malades. Le tuberculeux sénile est souvent un homme soumis à des privations, en proie à la misère, son organisme est usé. La phtisie vertébrale exagère encore cette dégradation organique, elle ajoute à l'aspect douloureux de ces malades le teint jaune pâle de l'hecticité qui fait si tristement pressentir une fin prochaine.

D. MARCHE. DURÉE. TERMINAISONS. — BOUVIER¹ considère trois périodes dans la marche de l'affection chez l'enfant : 1° invasion ; 2° destruction, et 3° réparation. La période d'invasion, caractérisée par la douleur vertébrale, la raideur de la colonne et des troubles fonctionnels légers, est généralement obscure chez le vieillard. Chez celui-ci, nous l'avons vu, le début est ignoré, c'est une phase silencieuse jusqu'au jour où un symptôme capital révèle dans les vertèbres l'existence des lésions bacillaires. Mais c'est déjà alors la phase de destruction qui est installée. Le stade de réparation n'existe pas à un âge avancé : on sait sa rareté chez l'adulte, et plus encore chez le vieillard, les améliorations que nous signalons plus loin n'étant pas accompagnées d'autopsie. On comprend d'ailleurs que la colonne vertébrale sénile, vouée à l'ostéoporose, a une nutrition trop paresseuse pour réparer ses brèches. La cicatrisation de la plaie osseuse et la constitution d'un cal solide est au-dessus de ses forces, elle cède et suppure. Or, « dès que la suppuration existe, il ne faut pas se faire d'illusions, la guérison est exceptionnelle » (POULET et BOUSQUET²). Chez le pottique âgé, où la suppuration est la règle, le pronostic est donc sombre et la terminaison presque toujours fatale.

Nous ne voulons pas dire par là que la tuberculose vertébrale sénile est incurable et que la thérapeutique est impuissante et inefficace. Nous citons quatre cas d'amélioration (obs. IV, X, XXII, XXXV), et coup-

¹ *Loc. cit.*

² Poulet et Bousquet, *Traité de pathologie externe*.

ble serait celui qui livrerait à un regrettable abandon le tuberculeux de soixante ans, sous prétexte que les ressources de l'art sont insuffisantes et les résultats trop ingrats.

Toutefois, il faut reconnaître qu'en général le vieillard succombe à sa tuberculose vertébrale, et il succombe par cachexie, épuisé par une suppuration interminable et imprégné des toxines tuberculeuses. Ou bien une complication se produit, un orage éclate dans le poumon, dans le péritoine, dans le rein, dans les méninges, et cette généralisation est un coup mortel qui ne pardonne pas. « Alors que nous étions l'interne de M. le professeur Tripier, dit GANGOLPHE¹, nous avons vu une femme âgée de plus de soixante-dix ans, porteur d'un mal de Pott cervical survenu dans l'enfance, et guérie, succomber à une granulie péritonéale, pleurale, pulmonaire... En 1886, un vieillard atteint de mal de Pott de la région cervicale inférieure mourait d'une granulie étendue aux méninges cérébro-spinales. Nous pourrions multiplier de tels exemples. » Plusieurs de nos observations relatent ce genre de mort.

D'autres fois la terminaison est presque subite, par exemple après une ulcération de vaisseaux suivie d'une foudroyante hémorragie (obs. XV) ; dans certains cas même, aucune cause apparente n'explique cette mort brutale (obs. IX).

Voilà comment la tuberculose vertébrale tue, et pour atteindre ce but sa marche est irrégulière, son cycle

¹ Gangolphe, *loc. cit.*

indéfinissable. Sa durée très inégale est difficile à apprécier, car l'étape inconnue de l'invasion échappe à tout contrôle.

E. DIAGNOSTIC. — Lorsque la trilogie classique, gibbosité, abcès par congestion et phénomènes médullaires est parfaitement établie, le diagnostic de mal tuberculeux des vertèbres est presque fait. Mais il faut savoir que la forme insolite de ces symptômes est capable de conduire aux hypothèses les plus contradictoires et les plus invraisemblables : IMBERDIS¹ cite le cas d'un mal de Pott pris pour une hernie inguinale chez un vieillard de soixante ans ; une autre fois on conclut à un cancer de l'estomac ; VERNEUIL, PAULET, ont noté la confusion possible avec la lithiase urique accompagnée de coliques néphrétiques. L'examen du malade exige donc beaucoup de circonspection et de sagacité de la part des praticiens. L'erreur est facile chez le vieillard ; et le diagnostic paraîtra plus délicat encore, quand nous aurons montré que la syphilis et les tumeurs vertébrales simulent la tuberculose et se manifestent souvent par la trilogie symptomatique déjà citée.

Il existe en effet un mal de Pott syphilitique, bien étudié dans la thèse de LEVOT (Paris 1881), fidèle reflet des travaux de LANCEREAUX, LAGNEAU, ZAMBACO, et des recherches de FOURNIER. La carie syphilitique est diagnostiquée par les anamnestiques ou la coïncidence d'autres lésions de même nature.

¹ Imberdis, th. Paris 1886.

Dans le courant de l'année dernière, nous avons vu, dans la salle des hommes de M. le professeur Bouveret, à l'Hôtel-Dieu, un mal de Pott avec gibbosité, douleurs en ceinture, paraplégie, chez un paysan frisant la soixantaine.

On pensa d'abord à la tuberculose, mais l'apparition, quelques jours après, de deux gommes à l'avant-bras, éclaira le diagnostic, qui fut confirmé dans la suite par l'efficacité du traitement mercuriel. L'influence bien-faisante de ce traitement peut être un moyen de diagnostic ; mais comme la tuberculose et la syphilis peuvent coexister, la difficulté devient alors énorme, et il faut une clairvoyance rare pour se faire dans ces cas une juste idée des lésions.

Parmi les tumeurs du rachis, le cancer est celle qui doit le plus nous intéresser. Le cancer vertébral est presque toujours secondaire, la lésion primitive indique alors la vraie nature des symptômes. Mais, quoique peu commun, le cancer primitif existe, et alors aucun signe pathognomonique ne permet de le soupçonner.

L'apparition de tumeurs cancéreuses secondaires dans d'autres parties du corps pourrait éclairer le diagnostic, mais celui-ci a été rarement fait, et l'expérience de nos maîtres n'est guère constituée que par le souvenir des erreurs commises.

Notre description eût peut-être levé les doutes formulés dans les observations II et III. Desnos et Leyden se basaient, en effet, sur la courbure à grand axe de la gibbosité, sur l'âge, l'amaigrissement rapide et le teint, pour écarter l'idée de bacillose. Or, nous avons montré que ces symptômes étaient aussi bien les attri-

buts de la tuberculose que du cancer ; et, dans notre prochain chapitre, nous verrons même la paraplégie douloureuse, décrite par CHARCOT¹ comme spéciale au cancer, devenir une forme fréquente de paraplégie tuberculeuse

Les souffrances atroces, la marche toujours progressive du mal de Pott cancéreux contrasteraient seules, d'après GOWERS², avec les douleurs très variables et l'état longtemps stationnaire de la carie tuberculeuse. Mais dans l'âge avancé, le diagnostic demeure souvent en suspens, car l'on ne peut tenir compte de différences aussi peu précises.

OBSERVATION I (inédite).

A. D..., cinquante-huit ans, entre dans le service de M. le professeur agrégé Gangolphe, en janvier 1900. Pas d'antécédents héréditaires. Antécédents personnels : fluxion de poitrine à quatorze ans, fièvre typhoïde à vingt-trois ; depuis, santé satisfaisante. S'enrhumait cependant facilement en hiver.

Il y a un an et demi environ, le malade ressentit des douleurs dans la région lombaire. Ces douleurs furent très intenses pendant un mois, puis elles se localisèrent au niveau de la hanche. Le malade consulta alors un médecin, qui le traita pour une sciatique et lui prescrivit des frictions à l'alcool et des bains sulfureux.

Son état ne s'améliorant pas, le malade entre à Saint-Pothin. On fit également le diagnostic de sciatique. Pulvérisations au chlorure de méthyle.

¹ Charcot, *Maladie du système nerveux*, t. II.

² Gowers, *loc. cit.*

Jusqu'à ces derniers temps, la marche, quoique difficile, était possible avec l'aide d'une canne.

Actuellement, le malade a la cuisse gauche fléchie sur le bassin, la jambe fléchie sur la cuisse. Les mouvements de ce membre gauche sont très limités; les mouvements de rotation impossibles.

La palpation au niveau de l'articulation coxo-fémorale éveille de vives douleurs; pression sur le grand trochanter douloureuse. Empatement au niveau du pli de l'aîne. Pas d'altération des téguments.

Atrophie considérable du membre inférieur. Température normale.

La pression douloureuse du petit trochanter et la sensation de fluctuation au même niveau font faire à M. le professeur Gangolphe le diagnostic d'abcès par congestion de la gaine du psoas consécutif à un mal de Pott lombaire. Coxalgie secondaire.

12 février. — Le malade est atteint de variole. Il est envoyé à la Croix-Rousse, où il meurt.

Nous n'avons pu avoir de renseignements bien précis sur l'autopsie, qui a été faite d'une façon très sommaire au point de vue des lésions vertébrales. Mais l'existence d'un abcès fusant dans la gaine du psoas confirmait le diagnostic.

OBSERVATION II

(*Progrès médical* de Paris de 1878.)

Scrofule des vieillards, par Quénu.

P. M..., blanchisseuse, n° 18, salle Sainte-Genève, soixante-douze ans, est paralysée des deux membres inférieurs. Rien à signaler dans les antécédents. Sa maladie a commencé il y a sept mois, par des douleurs dans le dos, puis peu après est survenue une déviation de la colonne vertébrale; la faiblesse des jambes s'est accentuée, surtout depuis quatre mois. A cette

époque sont apparues pour la première fois des douleurs dans les jambes et des élancements, la privant quelquefois de sommeil pendant plusieurs nuits. La paralysie a progressé rapidement et a condamné la malade à l'immobilité absolue.

Actuellement 1^{er} mai, P... a une paralysie complète du mouvement, la sensibilité qui persiste en certains endroits, est complètement anéantie dans la plus grande partie des membres inférieurs; les mouvements réflexes sont exagérés, la vessie et le rectum sont complètement paralysés. Escarre peu profonde à la région sacrée et au talon droit. Œdème des membres inférieurs.

Les douleurs sont moins intenses, mais la malade accuse des fourmillements et une sensation de froid dans les pieds. La colonne vertébrale, vers la 4^e ou 5^e dorsale, est fortement incurvée, et 3 ou 4 vertèbres semblent prendre part à cette déformation. P... a maigri beaucoup depuis quatre mois, elle a un teint jaune paille, qu'elle n'avait pas, prétend-elle, avant sa maladie. M. Desnos avait diagnostiqué d'abord une carie vertébrale due peut-être à la scrofule, qu'on observe quelquefois chez les vieillards; Mais plus tard, la persistance des douleurs dans les membres paralysés, la courbure à grand rayon de la colonne vertébrale, l'âge, l'amaigrissement rapide et le teint, nous avaient fait penser à un cancer du rachis. La malade meurt le 2 juin.

Autopsie. — La cavité rachidienne ouverte et la moelle enlevée, nous constatons que le corps vertébral de la 4^e dorsale est en grande partie détruit; il n'existe plus de traces du ligament vertébral postérieur, de sorte qu'il y a entre les 3^e et 5^e dorsales une cavité anfractueuse à laquelle le ligament vertébral antérieur et la plèvre épaissie forment paroi en avant, tandis que le contenu caséeux vient, en arrière, se mettre en contact direct avec la dure-mère. Rien dans les autres corps vertébraux. En incisant les méninges par la face antérieure, nous pouvons remarquer que les racines rachidiennes sont comprises dans la masse caséeuse. Poumons sans tubercules.

L'examen des pièces explique parfaitement la cause de notre paraplégie douloureuse, à savoir l'irritation des racines postérieures par la matière caséeuse au milieu de laquelle elles sont

comprises. L'abolition de la sensibilité résulte probablement d'une myélite transverse secondaire, elle a été du reste un phénomène tardif.

OBSERVATION III

(Leyden, *Traité clinique des maladies de la moelle épinière*, p. 177.)

*Carie des deux premières vertèbres dorsales.
Péripachyméningite. Compression de la moelle. Myélite.*

M^{me} G..., âgée de soixante-neuf ans, souffrait souvent de douleurs dorso-lombaires. A quarante ans, des douleurs plus vives s'irradièrent dans la jambe droite et s'accompagnèrent de crampes dans les orteils. A quarante-huit ans typhus, pendant la convalescence duquel elle remarqua des crampes douloureuses dans les jambes. Les douleurs de rein persistaient sans modification aucune.

Il y a deux ans, faiblesse de tous les membres, se mit à tousser. Depuis novembre dernier, elle fut obligée de garder le lit. Les douleurs de rein étaient si intenses la nuit qu'elles lui arrachaient des cris.

Il survint de la constipation et de la rétention d'urine.

7 février 1872. — État actuel. Malade pâle, amaigrie. Se plaint de vives douleurs dans les reins; paralysie des deux jambes; douleurs dans le bras droit. Paralysie et hyperesthésie du bras droit. Sensibilité abolie aux deux jambes. Décubitus assez étendu au sacrum. Gibbosité arrondie dans la moitié supérieure de la colonne dorsale. A ce niveau, ni gonflement, ni tumeur. Pression des apophyses épineuses est douloureuse.

Coma, délire. Mort le 8 février.

Autopsie. — Au moment où on enlève les apophyses épineuses des 4^e et 5^e dorsales, on voit sourdre un liquide purulent. A ce niveau, la dure-mère est adhérente dans toute son étendue au périoste vertébral. Le tissu osseux est ramolli. Le pus fourni

par le foyer osseux s'est fait jour du côté du canal vertébral, il comprime la moelle. Du côté thoracique, à droite de la 4^e dorsale, tumeur bombée, tendue, fluctuante, revêtue de la plèvre et du périoste vertébral.

A l'incision il s'en écoule un pus épais. La moelle ramollie, rétrécie, renferme des corps granuleux. Au-dessus et au-dessous les lésions de la moelle ne se laissent pas poursuivre fort loin et il n'y a aucune trace de dégénérescence secondaire.

Remarques. — Le diagnostic présentait ici quelques difficultés. Il n'était pas aisé de reconnaître qu'on avait affaire à une affection des premières vertèbres dorsales; mais l'âge avancé de la malade, l'intensité des douleurs et le degré modéré de la déformation pouvaient faire croire plutôt à un carcinome.

OBSERVATION IV

(Thèse de Bourdelais. Paris, 1876.)

Mal sous-occipital. Amélioration.

M. L., soixante-dix-sept ans, couturière, domiciliée à la Salpêtrière.

A toujours joui d'une santé passable. A soixante et un ans, hémiplegie droite qui a duré six mois environ et a disparu sans laisser de trace.

Il y a trois ans, elle éprouva des douleurs dans les oreilles avec une sensation de bruit très désagréable; puis la douleur s'étendit à toute la région occipitale et sous-occipitale. En même temps apparurent de chaque côté du cou, mais surtout à droite, de petites tumeurs dures, grosses comme des noisettes. Le cou était très raide. Tous les muscles étaient contracturés. La percussion au niveau des deux premières vertèbres cervicales était extrêmement douloureuse.

Ce fut dans cet état, à peu près, que la malade se présenta, six mois après le début de son affection, à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot. On reconnut une tumeur blanche sous-

occipitale : on la traita par la cautérisation ponctuée. Au bout de trois mois de ce traitement, elle sortit guérie, n'ayant plus qu'un peu de raideur dans les mouvements du cou.

Actuellement, ces mouvements sont complètement revenus ; mais état général très affaibli. La malade tousse. Signes de ramollissement pulmonaire dans la fosse sous-épineuse droite. Pas de fièvre. Appétit très diminué.

OBSERVATION V

(*Bulletin de la Société anatomique de 1855, p. 457.*)

Carie spinale.

B..., âgée de cinquante-huit ans, ancienne domestique, n° 11, à la salle Saint-Jacques, Salpêtrière. Cette femme, entrée au mois de mai, se plaignait d'une violente douleur au bas de la région dorsale, douleur s'irradiant en ceinture des deux côtés, n'augmentant pas par la pression sur les apophyses épineuses.

D'un teint jaune, d'une grande maigreur, B... marchait encore à cette époque et conservait la sensibilité dans les membres inférieurs.

Elle resta ainsi dans le service pendant deux ou trois mois, accusant de vives douleurs dans la région dorsale. Quatre cautères soulagèrent la malade, mais peu de temps après, au moment où s'étant levée elle essayait de marcher, elle s'affaissa tout à coup et le lendemain on trouva dans la région dorsale une gibbosité très prononcée. Impossibilité de remuer les jambes ; sensibilité nulle ; douleurs dorsales disparues. Quelque temps après, soubresauts dans les membres.

Cette femme resta ainsi pendant deux mois, sans qu'aucun remède pût améliorer son état. Perte de l'appétit. Escarres profondes au sacrum et aux trochanters. Marasme. Mort.

Autopsie. — Poumons parfaitement sains. Il n'y a de tubercules dans aucun organe. Au niveau des 10^e, 11^e et 12^e vertèbres dorsales, à la partie antérieure du corps de ces os, existe un foyer

purulent, une poche à parois fibreuses très denses remplie d'un pus mal lié, rempli de grumeaux et de particules osseuses. Le corps de la 10^e vertèbre avait complètement disparu. Les disques intervertébraux se touchaient presque par leur bord antérieur. La moelle formait dans son trajet un angle obtus au sommet duquel elle était manifestement comprimée.

OBSERVATION VI

(*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1855, p. 239.)

*Abcès par congestion et douleurs névralgiques,
seuls symptômes d'un mal de Pott.*

Homme de soixante-cinq ans. Il y a trois ans, névralgies intercostales qui disparurent plusieurs fois, pour se manifester de nouveau à des intervalles irréguliers. Il y a huit mois, il se forma à la partie antérieure de la cuisse droite une tumeur qui s'accrut progressivement et acquit enfin le volume d'une tête d'enfant. Rénitente, élastique, présentant une sorte de fausse fluctuation, elle était recouverte par les téguments exempts d'altération et d'adhérence. L'artère crurale était repoussée en dehors.

Des chirurgiens de province avaient pensé à un anévrisme ; M. le professeur Jobert crut à l'existence d'un kyste multiloculaire. Il l'excisa : la paroi offrait à sa surface interne des colonnes saillantes rappelant celles des parois du cœur. Le malade mourut.

Autopsie. — Abcès par congestion, borné par des parois épaisses. Sa cavité se rétrécit en canal, remonte dans la gaine du psoas jusqu'auprès de la deuxième articulation costo-vertébrale ; là se trouve une tumeur pleine d'un pus sanieux circonscrite par une masse dure, lardacée.

OBSERVATION VII

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1855, p. 507.)

Gibbosité lombaire, seul symptôme du mal de Pott.

Femme de soixante-dix-neuf ans, entrée à la Salpêtrière pour emphysème et bronchite chronique, mourut d'une pneumonie gauche.

Cinq mois avant sa mort, sans symptômes antérieurs, elle avait accusé une gibbosité de la colonne lombaire. L'époque précise de sa formation lente ou brusque ne saurait donc être fixée. Quelques douleurs vagues et passagères surviennent un mois après dans les membres inférieurs.

Aucune trace d'abcès, aucune douleur n'existait dans ce point, ni dans le voisinage. Les régions crurales ne présentaient ni tumeur, ni fluctuation. Les membres inférieurs étaient exempts de tout phénomène nerveux : douleur, paralysie, anesthésie. La défécation et la miction étaient normales.

Autopsie. — Aucun viscère ne présente de tubercules ; aux poumons, lésions d'emphysème et hépatisation grise à gauche.

Dans l'abdomen, de chaque côté de la colonne lombaire, existent deux poches ovoïdes, globuleuses ; leurs parois sont constituées par la gaine aponévrotique du psoas. Une coupe verticale et antéro-postérieure de la colonne vertébrale met à découvert une vaste cavité creusée aux dépens de la 12^e dorsale, de la 1^{re} lombaire et du disque interarticulaire qui a complètement disparu. Les deux abcès et la cavité contiennent une grande quantité de liquide crémeux, purulent, renfermant des masses caséeuses fortement adhérentes aux parois osseuses. La moelle n'a subi aucune compression.

OBSERVATION VIII

(*British medical Journal*, 3 july 1886.)

Femme de cinquante-sept ans. Paraplégie presque complète. Deux ans et demi plus tard, elle commença à avoir des douleurs dans la région inférieure de la colonne dorsale. Irradiations autour du tissu.

Il y a neuf mois, sensibilité disparue. Aucun trouble de nutrition. Réflexes exagérés.

Gowers pensa à une carie de l'épine, même avant l'examen de celle-ci, examen qui ne fit que confirmer le diagnostic. En effet, hyperesthésie à la pression des 7^e et 8^e dorsales, déplacement de la colonne à ce niveau.

Gowers fait remarquer que la carie n'est pas aussi rare qu'on le croit dans l'âge avancé. Il en a observé plusieurs cas dans lesquels les malades avaient plus de cinquante ans.

OBSERVATION IX (résumée).

(*Bulletin de la Société anatomique* de 1877.)

B..., soixante-sept ans, entrée le 16 novembre 1877, service de M. Verneuil. Faiblesse des jambes depuis un an; il y a trois mois, douleurs très vives dans les membres inférieurs, qui se fléchissent. Incontinence de l'urine et des matières fécales. Amaigrissement, face pâle. Gibbosité dorsale due à un abcès ossifluent et à une déformation de la colonne. Paraplégie absolue. Insensibilité à la pression, à la douleur, à la température. Exagération des réflexes. Poumon sain au point de vue de la tuberculose. Le 22 novembre, sans que rien pût le faire prévoir, mort subite « comme quelqu'un qui étouffe ».

Autopsie — Abcès ossifluent postérieur, communique avec un

abcès intra-rachidien remontant jusqu'à la 5^e cervicale. Le corps de la 7^e dorsale a complètement disparu.

Faibles traces de compression de la moelle.

OBSERVATION X (résumée).

(Thèse de Bourdais, Paris, 1876.)

Carie vertébrale. Amélioration.

A. L..., soixante et un ans, concierge. Entrée à la Salpêtrière (service de M. Le Dentu). Mauvaise hygiène; chute sur l'épaule; antécédents scrofuleux. Douleur continue entre les deux épaules, puis apparition d'une grosseur à ce niveau. Ce kyste purulent, situé sur le côté gauche des premières vertèbres dorsales, fut ponctionné trois fois par le Dr Tessier. La pression fit sortir une matière caséuse. Pas de fièvre. Les douleurs disparurent. Malade sort à peu près guérie. Etat général bon.

On remarque cependant un teint mat et une flaccidité des parties molles liées à la débilité de l'organisme.

OBSERVATION XI (résumée).

(Thèse de Courjon, Paris, 1875)

Mal de Pott. Formation indolore de la gibbosité.

L. . E., cinquante-huit ans. Troubles nerveux vagues. Amaigrissement. Perte de l'appétit, puis névralgies intercostales rebelles. Parésie des membres inférieurs. Un jour il remarqua, en s'appuyant contre un mur, qu'il existait une saillie en arrière de la colonne vertébrale, saillie qu'il n'avait nullement sentie en s'asseyant quelques instants auparavant. Aucune sensation ne lui avait indiqué la formation de cette gibbosité qui semble avoir été brusque. Déformation plutôt arrondie qu'anguleuse. Réflexes exagérés. Douleurs persistent. Cachexie. Mort.

Autopsie. — Ostéite caséuse des 7^e et 8^e dorsales. Disque intervertébral disparu. Amas de pus qui a perforé le ligament antérieur.

OBSERVATION XII (résumée).

(Thèse de Chénieux, Paris 1873).

D... J., cinquante-six ans. Souffrait depuis trois ans en un point limité dans le dos. Gibbosité ignorée du malade ; pression douloureuse à ce niveau. Réflexes très accusés. Paresse de l'intestin et de la vessie. Plus tard, paraplégie complète, douleurs en ceinture, anesthésie, escarre au sacrum. Mort dans l'hecticité. Notons que la douleur s'étendait sur l'épine dorsale et le thorax au-dessus des vertèbres malades. Les réflexes n'existaient plus dans les derniers instants.

Autopsie. — Les vertèbres malades étaient la 5^e et la 6^e. Plus de disque cartilagineux, méninges détruites en ce point. Deux abcès en bissac de chaque côté du rachis.

OBSERVATION XIII (résumée).

(*Bulletin de la Société anatomique de 1865.*)

II. . R., cinquante-cinq ans. Douleurs en ceinture, puis paralyse avec fulgurations dans les membres inférieurs. Réflexes exagérés. Incontinence de l'urine et des matières fécales. Gibbosité courbe assez marquée au niveau de la 6^e dorsale. Le malade n'éprouve pas de douleur quand on presse dessus ; il est même étonné quand on lui dit qu'il a une bosse dans le dos.

Généralisation aux poumons. Mort.

Autopsie. — Abcès par congestion de chaque côté du rachis. Le corps de la 5^e dorsale a complètement disparu, à sa place est un foyer purulent. Vacuoles larges dans les 3^e, 4^e et 6^e dorsales. Ramollissement de la moelle au niveau du corps vertébral détruit.

OBSERVATION XIV (résumée).

(*Journal des Praticiens* du 16 octobre 1897,
et thèse de Giacometti, Paris 1898.)

Femme de soixante-trois ans. Douleurs vives dans les reins et les cuisses pendant deux ans. Puis énorme abcès dans la fosse iliaque droite. Etat général bon, mais impotence presque complète des membres inférieurs. Aucune déformation des vertèbres. La pression sur les apophyses épineuses ne déterminait aucune douleur. Exagération des réflexes tendineux.

Drainage de l'abcès. Légère amélioration.

OBSERVATION XV (résumée).

(*Bulletin de la Société anatomique* de 1877).

Mal sous-occipital. Ulcération de l'artère vertébrale.

L. L .., cinquante-quatre ans. Entre dans le service de M. Gosselin pour mal de Pott sous-occipital. Ni gibbosité, ni déformation du cou. De vives douleurs et un amaigrissement notable étaient les symptômes principaux. Un mois après l'entrée, ouverture d'un abcès rétro-pharyngien. Fistule persista ; quelques mois plus tard, le malade rendit par la bouche à peu près 800 grammes de sang pur, rouge ; deux heures après, nouvelle hémorragie qui enleva le malade.

Autopsie. — La 3^e et la 4^e cervicale avaient disparu. Poche purulente. Ulcération de l'artère vertébrale droite au niveau de l'apophyse transverse détruite de la 4^e cervicale

OBSERVATION XVI (résumée).

(*Bulletin de la Société anatomique* de 1878, p. 234).

B... F., cinquante-huit ans. Faiblesse musculaire généralisée, abcès froid saillant à la région dorso-lombaire. Proéminence de la 9^e dorsale. Paraplégie. Pas d'incontinence. Réflexes accusés.

Autopsie. — Vaste foyer ancien, circonscrit par une membrane épaisse. Le corps de la 9^e dorsale est détruit. Ostéite superficielle des autres vertèbres contiguës.

OBSERVATION XVII (résumée).

(Thèse de Bourdelais, Paris, 1876).

M. J. ., soixante et onze ans. Rien dans les antécédents. Depuis cinquante ans scrofulides pustulo-crustacées de la face. Il y a quelques années, douleurs assez violentes dans le dos. Depuis, quelques crampes.

Toux, hémoptysie. Angle saillant formé par les apophyses épineuses des 5^e et 6^e dorsales. La pression à ce niveau n'est pas très douloureuse. Caverne pulmonaire au sommet gauche. Appétit modéré. Pas de fièvre. Forcès très diminuées.

OBSERVATION XVIII (résumée).

(Thèse de Courjon, Paris, 1875).

Th..., cinquante-quatre ans. Pas d'antécédents. Douleurs vagues le long de la colonne vertébrale, affaiblissement des jambes, constipation opiniâtre. Puis, au milieu des efforts qu'elle faisait pour marcher, elle ressentit comme un craquement dans

la région lombaire, craquement qui fut suivi d'une grande faiblesse. A partir de ce moment douleurs plus vives, gibbosité, sensibilité diminuée. Réflexes diminués. Paraplégie. Elancements douloureux dans les membres inférieurs. Pas de contractions. Pas de troubles de la miction. Incontinence des matières fécales.

OBSERVATION XIX (résumée).

(Thèse de Chénieux, Paris, 1873).

M. P..., cinquante et un ans. Grande faiblesse des membres inférieurs. Douleur profonde au niveau des 7^e et 8^e dorsales. Raideur de l'épine. Douleurs en ceinture, fourmillements dans les membres inférieurs, puis apparition d'une gibbosité. Douleurs en ceinture disparaissent. Anesthésie complète. Abolition des réflexes. Contracture des fléchisseurs de la cuisse et de la jambe.

Mort dans l'hecticité.

Autopsie. — Matière caséuse au niveau de la 5^e vertèbre cervicale. Le disque cartilagineux entre les 7^e et 8^e dorsales n'existe plus.

Le ligament vertébral postérieur a disparu.

OBSERVATION XX (résumée).

(*Bulletin de la Société anatomique*, de 1877).

B..., cinquante-deux ans. Bronchite chronique, emphysème. Il fait remonter à une époque assez reculée l'existence d'une tumeur grosse comme une tête d'enfant, fluctuante, qu'il porte à la région fessière gauche. Paraplégie. Albumine. Mort.

Autopsie. — Poumon droit farci de tubercules. Reins tuberculeux.

Dans tumeur fessière, pus mal lié. Le couteau enfoncé dans le corps des vertèbres dorsales y pénètre facilement.

OBSERVATION XXI (résumée.)

(*New-York medical Journal*, novembre 1881).

Homme de soixante-neuf ans. Douleurs dans le dos ; engourdissement, puis parésie des membres inférieurs. Réflexes exagérés. Un an après les premiers symptômes, proémineuce d'une vertèbre dorsale.

Autopsie. — Deux abcès, chacun d'un côté de la colonne ; la 10^e dorsale était rongée à sa face inférieure. Corde ramollie.

OBSERVATION XXII (résumée.)

(*The Lancet*, du 16 avril 1892).

Cas d'amélioration.

Avocat de cinquante-cinq ans. Douleurs en ceinture. Deux apophyses épineuses, proéminentes et déviées à droite. Avec un repos prolongé, une surveillance continuelle de l'apparition d'épanchements sur les côtés de l'épine, il recouvra la santé lentement. En quatre mois il put se lever sans douleurs. Il regagna la santé et vécut jusqu'à quatre-vingt-un ans.

OBSERVATION XXIII (résumée.)

(*The Lancet*, du 16 avril 1892).

Homme de soixante-trois ans. Raideur du cou. Mouvements impossibles. Douleurs s'irradiant sur l'occiput et les côtés du cou. Le menton touchait le sternum ; il supportait sa tête avec

ses mains. Aucune suppuration apparente ; mais ce cas était tellement semblable aux cas de carie de l'épine chez les jeunes personnes, que vraisemblablement, j'ai cru ne pouvoir douter en aucune façon de sa nature.

OBSERVATION XXIV (résumée).

(Bulletin de la Société anatomique, de 1832).

Abcès symptomatique enkysté, occupant la région dorsale et antérieure de l'épine, développé sans symptôme sensible chez une femme de soixante ans qui portait en outre une gibbosité de la région lombaire. Les trois corps des vertèbres situés au niveau de l'abcès sont profondément altérés par la carie.

CHAPITRE III

DEUXIÈME FORME. — FORME NERVEUSE.

Cette deuxième forme de tuberculose vertébrale sénile est celle qui est la plus sujette à l'erreur. Les phénomènes médullaires, grâce à leur caractère changeant et capricieux, simulent toutes les maladies de la moelle et déroutent le médecin, dont l'attention n'est nullement attirée vers l'os mais vers l'axe nerveux. Aussi, croyons-nous avoir raison d'isoler cette variété clinique, qui d'ailleurs n'est pas une simple vue de l'esprit : l'anatomie et la physiologie pathologiques la justifient largement. Depuis longtemps déjà, CHARCOT¹ et MICHAUD² ont démontré que les phénomènes nerveux de la tuberculose vertébrale ne sont pas toujours dus à la compression de la moelle par les masses bacillaires ou les débris osseux ; le plus souvent, c'est une pachyméningite et une myélite par réaction inflammatoire due au voisinage tuberculeux. CORNIL³ a dit que c'était une lésion tuberculeuse de la moelle. Toujours est-il que ces réactions nerveuses peuvent exister avant l'effondrement vertébral et, si cet effondrement ne se produit jamais,

¹ Charcot, *loc. cit.*

² Michaud, t. Paris 1871.

³ Cornil, *Archives de physiologie*, 1870.

nous aurons alors la forme nerveuse de tuberculose vertébrale sans la triade symptomatique de la forme classique, sans que l'exploration du rachis dénote un point douloureux, une déformation, un abcès qui puisse mettre sur la voie du diagnostic.

Mais, d'ailleurs, ce tableau clinique n'est pas forcément la traduction d'une myélite purement irritative, car la compression peut jouer son rôle sans qu'il y ait déformation du canal vertébral : un petit séquestre au niveau d'un trou de conjugaison sera la cause d'une névrite radiculaire, un abcès s'ouvrant sous les méninges agira par son volume avant de provoquer une réaction inflammatoire.

Cette forme nerveuse de tuberculose vertébrale n'est pas spéciale aux vieillards ; mais n'avons-nous pas vu que la gibbosité diminue de fréquence avec l'âge, que chez les vieux la suppuration reste souvent silencieuse ? Il nous est donc facile d'admettre que cette forme est commune dans la vieillesse, qu'elle constitue un type original de vertébro-tuberculose sénile, type que justifiera encore l'allure des symptômes. Car le système nerveux du vieux a, comme la colonne osseuse, subi l'atteinte des ans ; les organes chargés de transmettre les ordres des centres, de propager la sensibilité et le mouvement, ont ressenti de bonne heure les effets de la détérioration vitale. La moelle épinière subit des modifications au déclin de la vie : son atrophie, quoique moindre que celle du cerveau, est incontestable : CRUVEILHIER, ROKITANSKI, DURAND-FARDEL¹ ont vu que

¹ Durand-Fardel, *Traité pratique des maladies des vieillards*.

les tubes nerveux sont intacts, mais que la myéline est un peu granuleuse. Les grandes cellules des cornes antérieures sont envahies par une forte pigmentation jaune, qui laisse souvent apercevoir le noyau moins facilement (DEMANGE)¹. Le canal de l'épendyme est presque constamment oblitéré dans toute son étendue par une prolifération épithéliale. La névroglie paraît plus épaisse, les travées en sont plus évidentes (VULPIAN. *Leçons de physiologie générale du système nerveux*, Paris, 1866). Les vaisseaux sont altérés : c'est l'endarterite et la périendarterite des petites artères spinales signalées par LIOUVILLE, par LEYDEN, et par DEMANGE dans la *Revue de médecine* (1884-1885).

Les nerfs des vieillards ne présentent pas le même volume, ni une blancheur aussi éclatante, ni une vascularité aussi prononcée que chez l'adulte. Ils sont durs, rapetissés, paraissent plus secs, plus gris (GIRAUD, th. de Bordeaux, 1887-1888).

Un tel état anatomique retentit inévitablement sur la physiologie médullaire. Le système nerveux, cette machine de précision par excellence, que la moindre atteinte trouble si profondément, ne peut fonctionner de façon normale avec les altérations décrites. Aussi, les réactions seront-elles souvent singulières dans l'organisme rouillé par les ans.

Pour la lucidité de la description, nous ne ferons pas l'histoire schématique d'un malade atteint de cette forme de tuberculose vertébrale, ce serait trop s'éloigner de la vérité, car chez le vieillard la clinique est

¹ Demange, *Etude clinique et anatomique de la vieillesse*.

faite d'exceptions et de cas particuliers. Nous croyons préférable de passer en revue chaque groupe de symptômes en donnant ce que chacun a de naturel et de particulier.

Nous étudierons les troubles de la sensibilité, de la motilité, de l'acte réflexe, les troubles trophiques, l'état général, la terminaison, et, dans un dernier paragraphe nous dirons la délicatesse parfois fort grande du diagnostic et la mise en garde contre l'erreur.

1^o *Sensibilité*. — Les troubles de la sensibilité sont différents, selon qu'on les considère au début de l'affection ou dans la période d'état.

Les phénomènes du début sont des douleurs, *les pseudo-névralgies de Charcot*. Ces pseudo-névralgies, signalées comme s'observant de préférence chez l'adulte par GROGNOT et SIGNEZ, sont la règle dans cette deuxième forme de tuberculose vertébrale sénile. Quelquefois elles constituent seules tout le tableau clinique.

On a longuement étudié, sous le nom de *sensibilité réflexe*, toute une série de troubles nerveux périphériques au cours de la tuberculose à évolution chronique.

Névralgies, hyperesthésies cutanée et musculaire, l'arthralgie de BEAU que BARBEREAU a appelé méralgie, tous ces accidents nerveux seraient dus à un réflexe dont le point de départ est le poumon bacillaire. LÉPINE a pu, par l'irritation de cet organe, produire des phénomènes de même ordre, c'est aussi par une action réflexe qu'il explique l'hémiplégie survenant au cours des pneumonies,

Ces faits sont trop bien démontrés pour que nous osions les révoquer en doute ; mais il nous semble que, par un abus peut-être excusable, on a souvent classé dans cette catégorie de troubles sensitifs des phénomènes névralgiques qui doivent être rapportés à une tout autre cause.

PETER a montré¹ qu'à la cause d'ordre réflexe, et même à la cause périphérique des phénomènes névralgiques il faut adjoindre une étiologie souvent méconnue, mais souvent réelle, qui est la cause d'origine centrale. Prenons la sciatique comme exemple. Déjà TROUSSEAU (1868) en signalant le point apophysaire épineux, admet que : « Le point d'origine de la sciatique est peut-être dans la moelle épinière elle-même, et que la douleur occupant la périphérie n'est que l'irradiation de la douleur spinale. » Voici ce que nous lisons dans la thèse de FRIOT (Paris, 1879) : « On a donné à la sciatique tuberculeuse comme cause le froid, l'humidité, l'anémie, la déchéance organique du système nerveux, etc. Sans nier l'influence de ces causes, nous croyons que les douleurs sciaticques observées chez les tuberculeux tiennent à des lésions anatomiques spéciales, intéressant le centre nerveux lui-même ou ses enveloppes, et retentissant sur les nerfs voisins. Dans l'autopsie d'individus morts de sciatique, on n'examine pas le centre nerveux, on se borne à l'examen du nerf et, de l'absence de preuves anatomiques, on conclut que la sciatique peut exister sans lésion appréciable. Deux de nos observations permettent de penser que

¹ Peter, *Union médicale*, 1877.

dans la sciatique tuberculeuse, il y a toujours une altération de la moelle ou des méninges, susceptible de provoquer secondairement une névrite périphérique. » Et dans la *Revue de médecine* de 1886, RAYMOND s'exprime ainsi : « Les douleurs diverses, les névralgies intercostales et lombaires, l'analgésie, l'hyperesthésie, et cette localisation bizarre décrite par BEAU sous le nom de mélalgie, tout cela constitue un ensemble d'accidents qu'il est difficile *a priori* d'expliquer par une lésion périphérique — qu'après d'autres nous avons vainement cherchée — et qui se comprend au contraire facilement dans l'hypothèse plus plausible d'une lésion centrale. »

Nous apportons des observations dans lesquelles les troubles de sensibilité constituent seuls toute la maladie (obs. XXVIII, XXIX, XXX, XXXI). Mais quand se résoudra-t-on, devant une simple sciatique, à faire le diagnostic, souvent nécessaire, de mal de Pott tuberculeux ?

Et c'est chez le vieillard surtout qu'il faut s'attendre à rencontrer ces bizarreries cliniques : « Les deux cas de sciatique tuberculeuse qui ont servi de sujet à la leçon clinique de Peter, dit FRIOT¹, ont été observés sur des malades d'un âge avancé ; aussi notre savant maître attribue-t-il un grand rôle à la phtisie de la cinquantaine sur la coïncidence de la sciatique dans la phymie. De notre côté, les observations que nous avons pu recueillir portent sur des malades dont l'âge varie entre trente-cinq et soixante-deux ans ; mais, hâtons-nous de le dire, nos tuberculeux les plus jeunes por-

¹ Friot, *loc. cit.*

taient sur leur physionomie le cachet d'une vieillesse anticipée. » Dans tous ces cas, la lésion vertébrale était survenue au cours d'une phtisie pulmonaire, et il a fallu tout le sens clinique d'un Peter pour isoler des phénomènes de « sensibilité réflexe » ces manifestations nerveuses de l'ostéo-tuberculose. « Les douleurs sciatiques, toujours persistantes et très rebelles, dit FRIOT, apparues au cours d'une tuberculose avancée, doivent faire soupçonner une altération tuberculeuse, soit de la moelle, soit des méninges, soit de la colonne vertébrale elle-même. »

Cette forme névralgique de tuberculose vertébrale, signalée par PETER au cours de la bacillose des poumons, n'est pas toujours secondaire : dans plusieurs de nos observations, le mal de Pott primitif n'a pour tout symptôme que les pseudo-névralgies (obs. XXVIII, XXIX, XXX, XXXI).

Maintenant que nous savons l'importance et l'étendue de ces pseudo-névralgies, étudions leur nature et distinguons-les des autres troubles nerveux.

Ce n'est pas une *névralgie névrose*, comme dirait LANDOUZY¹; par définition, c'est une *névralgie névrite*. Il y a lésion. « Les pseudo-névralgies sont dues, dit Charcot², à l'irritation des racines nerveuses ou des nerfs périphériques. » C'est une névrite des racines rachidiennes.

Dans une névralgie, la douleur se modifie à chaque instant et varie à l'infini; elle cesse tout à coup, pour

¹ Landouzy, *Archives de médecine*, 1875.

² Charcot, *loc. cit.*,

reparaître avec la même promptitude, et ces rémissions, ces paroxysmes, sont certainement des caractères tout aussi spécifiques des névralgies que le trajet de la douleur sur des troncs ou des filets nerveux. Enfin, la douleur névralgique se déplace avec une rapidité et une intensité dont l'inflammation du névritisme n'est nullement susceptible.

Rien de semblable dans la sciatique tuberculeuse. Dans celle-ci, le point apophysaire épineux existe toujours. Pas de foyers douloureux spéciaux à la cuisse. La douleur est égale dans toute la longueur du nerf jusqu'au jarret, elle est continue et persistante, et le malade la compare à des coups d'épingle.

De plus, ces pseudo-névralgies tuberculeuses ont une marche progressive en rapport avec la marche des lésions bacillaires.

La sciatique est primitivement unilatérale, devient au bout d'un certain temps bilatérale; puis, à la sciatique double s'ajoutent des douleurs lombaires, intercostales, etc.

Il existe, en somme, de véritables associations de névralgies, de nouveaux territoires nerveux venant s'ajouter peu à peu à ceux qui ont été les premiers atteints.

De tels caractères ne permettent pas de confondre la sciatique-névrite due à la tuberculose des vertèbres avec la sciatique-névrose qui, sûrement plus rare, peut être due à la sensibilité réflexe de la tuberculose pulmonaire chronique.

Ce que nous avons dit pour la sciatique, prise comme exemple, s'applique à tout nerf émanant du rachis et

ayant à se défendre, lors de son passage dans le trou de conjugaison, contre l'irritation bacillaire.

Ces phénomènes douloureux du début, ces pseudo-névralgies peuvent persister et accompagner jusqu'à la fin la paraplégie motrice, lui donnant ainsi les apparences de la paraplégie douloureuse des cancéreux (obs. II, XVIII, XXVI, XXVII, XXXVII). Mais ordinairement, une fois la paraplégie installée, les douleurs diminuent et cèdent la place aux troubles sensitifs de la période d'état, c'est-à-dire les fourmillements, les picotements, les crampes, qui sont le prélude et l'accompagnement fréquent des phénomènes paraplégiques.

Ces troubles de la période d'état sont constants, et si chaque malade n'a pas ces douleurs fulgurantes qui font croire à un tabès, ces soubresauts nocturnes qui les font mal dormir, ils sentent néanmoins l'engourdissement et les fourmillements de leurs membres inertes.

A ces phénomènes hyperesthésiques s'ajoute souvent un autre trouble de sensibilité : l'anesthésie. Il est rare que celle-ci apparaisse avant la perte du mouvement (obs. XXXI et XXXIV) ; en général elle survient à la période de déclin, comme pour assombrir un pronostic déjà sévère et attester un mal irréparable. GOWERS¹ dit en effet que la disparition de la sensibilité est la marque d'un grand dommage. « car dans la corde et dans les nerfs il faut des lésions plus profondes pour abolir la sensibilité que pour arrêter la conduction motrice ».

¹ Gowers, *loc. cit.*

2° *Motilité.* — La paralysie du mouvement est signalée dans presque toutes nos observations. Comme nous l'avons dit déjà, elle survient en général au début de la période d'état.

Sa marche est lente : simple faiblesse d'abord, parésie ensuite, elle ne devient paralysie complète qu'à la fin de l'affection. D'autres fois le processus est plus rapide, et le pottique de soixante ans se trouve subitement privé de l'usage de ses membres.

La perte progressive de la motilité confirme une lésion médullaire, et peut, jusqu'à un certain point, dévoiler le siège du mal : les quatre membres peuvent être frappés quand les dégâts sont dans les vertèbres du cou ; plus souvent la paralysie est le seul trouble moteur, car la tuberculose choisit de préférence la région dorsale. Mais on sait que les lésions de la moelle ne se limitent pas au point occupé par le mal de Pott ; elles ont pour conséquence des dégénérescences fasciculées secondaires qui s'irradient au-dessus et au-dessous du foyer initial de myélite. Ce sont les travaux de LEYDEN¹, de VULPIAN², de CHARCOT³ et enfin le mémoire important de BOUCHARD⁴ qui ont fait connaître l'existence et le mode de répartition de ces dégénérescences secondaires : pour les cordons antéro-latéraux la sclérose suit une direction descendante, elle est ascendante au contraire dans les cordons postérieurs.

On comprend alors combien bizarres peuvent être

¹ Leyden, *Traité clinique des maladies de la moelle.*

² Vulpian, cité par Wiart, *Revue de chirurgie*, 1898.

³ Charcot, *loc. cit.*

⁴ Bouchard, cité par Wiart, *loc. cit.*

les manifestations cliniques de ces scléroses ! Grâce à elles le mal de Pott égarera l'observateur en empruntant le masque des maladies systématisées de la moelle. Le chapitre du diagnostic en fera la différenciation.

Quand la perte du mouvement est brusque, la paralégie a une autre cause. Toutes les paralysies pottiques ne sont pas en effet le résultat de la myélite et des scléroses consécutives : nous avons deux observations (XXXII et XXXIII) de paralysie pottique aiguë sans que la moelle « soit mécaniquement comprimée ou histologiquement altérée dans sa structure ». Ces paralégies, — confirmation des vues de BRISSAUD, — doivent être considérées comme dues aux névrites radiculaires, et on doit leur reconnaître une étiologie analogue à celle des pseudo-névralgies.

La paralégie est flasque au début, mais plus tard il survient de la contracture des muscles paralysés. Toutefois, la disparition de la motilité n'assombrit pas le pronostic : la paralysie peut rétrocéder, même chez les vieux (obs. XXXV).

Les phénomènes paralytiques ne se bornent pas aux organes de la vie de relation ; la vessie et le rectum se paralysent aussi, d'autant plus que, chez le vieillard, ces organes ne sont pas toujours indemnes.

La constipation, la rétention d'urine, suivies l'une et l'autre d'incontinence, sont des symptômes constants de la tuberculose vertébrale sénile à une période avancée.

3° *Action réflexe.* — Le réflexe, fonction médullaire par excellence, s'exagère chaque fois que les nerfs étant sains, la moelle est irritée.

A une sciatique, par exemple, avec exagération des réflexes, on doit reconnaître une origine médullaire, une cause centrale. De même, dans les paralysies spinales par compression, le phénomène du genou et la trépidation épileptoïde ne manquent jamais. Donc l'exagération des réflexes est un symptôme précoce de tuberculose vertébrale ; c'est ce qui est parfaitement exposé et démontré dans la thèse de GIACOMETTI (Paris, 1898).

Mais, chez le vieillard, les réflexes n'ont pas cette signification précise qu'ils ont chez l'enfant. De même que le fil électrique a besoin, pour transmettre le fluide, d'une enveloppe parfaitement isolante, de même le tube nerveux exige une intégrité complète pour fonctionner normalement. Or, nous avons vu que ces voies de conduction n'étaient pas respectées par les ans et qu'elles s'usaient comme le squelette et tous les organes.

Ne nous étonnons donc pas si MOEBIUS¹ a été conduit à considérer l'absence du phénomène du genou comme un signe possible, non pas de vieillesse, mais de sénilité, de décrépitude ; ne nous étonnons pas si l'exagération du réflexe, symptôme précieux pour saisir le mal à son début, nous échappe comme tant d'autres. L'originalité d'une affection sénile n'est-elle pas de s'effacer le plus possible ?

Le réflexe peut donc être aboli chez le vieux tuberculeux vertébral. Mais quand il existe, il s'exagère au début, comme chez l'enfant, et diminue ensuite à me-

¹ Moebius, *Centralblatt für Nervenheilk.*, 1883.

sure que le foyer bacillaire gagne du terrain, que la myélite, les scléroses et les névrites arrêtent le fonctionnement.

4° Troubles trophiques. — Ils existent comme chez l'adulte. Nous n'avons rien rencontré de spécial à la vieillesse ; peut-être sont-ils un peu plus fréquents, les tissus déjà mal nourris étant un terrain propice à leur développement.

5° Etat général. — L'état général n'est atteint qu'à la période ultime du mal, le plus souvent lorsque la bacillose a envahi l'appareil pulmonaire. Jusque-là, le tuberculeux vertébral est un homme en apparence bien portant, souffrant de vagues névralgies que l'ignorance de la cause fait croire bénignes. La fièvre, les sueurs, la diarrhée ne se mettent de la partie qu'avec la phtisie pulmonaire. C'est à peine si, sur le visage du pottique sénile, vous remarquez un peu d'amaigrissement. Vous n'avez pas chez lui ces yeux pleins de langueur, ce visage pâle, ces pommettes roses, cet air tuberculeux du jeune bacillaire. « Plus l'âge s'avance, plus le voile s'épaissit entre le monde et le vieillard », dit Réveillé-Parise, et il est difficile de savoir par le facies quel est l'organe qui souffre dans ce corps qu'on fait plus vieux qu'il n'est en réalité.

6° Terminaison. — Les accidents nerveux s'accroissent de plus en plus. Le malade, privé de l'usage de ses membres, est confiné au lit ; sa vessie et son rectum ne fonctionnent plus ; les escarres transforment

toutes les saillies de son corps en de vastes ulcères, et le misérable vieillard attend ainsi que l'infection achève son œuvre en éteignant peu à peu ce qui, en lui, ose encore vivre. Heureusement qu'une complication fréquente, la phtisie pulmonaire, accélère souvent la marche de la cachexie et délivre ainsi le vieux, puisqu'elle le fait plus vite mourir.

7^e *Diagnostic.* — Le diagnostic de cette forme nerveuse de tuberculose vertébrale est difficile. Dans le tableau clinique, rien qui attire l'attention sur l'enveloppe solide de l'axe médullaire. On se demande jusqu'où peut conduire l'erreur dans les maladies de l'âge sénile. Dans une observation de GROGNOT¹, n'a-t-on pas hésité entre une sclérose latérale amyotrophique, une sclérose en plaques, la neurasthénie et la névrite périphérique?

Un diagnostic positif n'est pourtant pas impossible : une névralgie intense, fixe, rebelle à tous les traitements, s'étendant d'une façon progressive à de nouveaux territoires nerveux, l'exagération des réflexes tendineux, une paralysie consécutive, constituent un ensemble suffisant de présomptions en faveur d'une lésion rachidienne. Et, si ces phénomènes sont contemporains d'une bacillose pulmonaire, ne pas mettre sur le compte des névralgies réflexes ce qui doit être rapporté à la compression des productions tuberculeuses. Nous ne reviendrons pas sur la différenciation déjà faite au cours de notre description.

¹ Grognot, thèse de Paris, 1897.

Où la confusion est peut-être possible, c'est tout à fait au début, lorsque le malade se plaint de crises douloureuses plus ou moins vagues, plus ou moins bien localisées au niveau du thorax ou de l'abdomen ; on est alors tenté de les rattacher à un tabès commençant. IMBERDIS, dans sa thèse de Paris, 1886 (Symptômes du mal de Pott au début), étudie les crises viscérales du tuberculeux vertébral, et voici comment il les différencie des crises tabétiques : « La crise viscérale nerveuse d'ordre myélopathique est intermittente, dure quelques heures, quelques jours, puis les fonctions de l'organe affecté restent normales entre les accès et il ne reste pas même de légers troubles dyspeptiques. Dans le mal vertébral, l'intermittence n'est pas franche. Entre les manifestations bruyantes qui interrompent de temps en temps l'évolution monotone des accidents, les digestions sont paresseuses, l'appétit très diminué, le ventre se ballonne petit à petit et il existe un état nauséux permanent chez quelques malades. Il semble donc qu'une différence profonde sépare les troubles gastro-intestinaux du mal de Pott, des accidents d'origine myélopathique auxquels nous les avons comparés. Cependant, en regardant de près, on peut voir que les différences sont moins tranchées qu'elles ne paraissent au premier abord. Si on examine avec soin les malades, on retrouve chez eux la trace d'épiphénomènes aigus se détachant sur le fond de l'ensemble symptomatique. Vomissements chez l'un, diarrhée chez l'autre, douleurs plus ou moins violentes à l'épigastre se montrent par intervalles. Enfin, des douleurs irradiées en divers sens, précédant ou accompagnant les

troubles viscéraux achèvent de donner aux deux états une ressemblance assez grande . »

Ces crises se différencient donc difficilement, et il suffit qu'il s'y ajoute des douleurs fulgurantes dans les membres, pour que l'erreur soit presque inévitable. Il ne faudra placer sur le malade l'étiquette de tabès qu'après la constatation d'autres signes caractéristiques, comme les paralysies oculaires ou l'incoordination motrice, que l'on ne rencontre pas dans la vertébro-tuberculose.

Si sur le vieillard examiné, l'état de sénilité et de décrépitude n'a pas amoindri le pouvoir réflexe, l'exagération de celui-ci lèvera tous les doutes.

L'exagération des réflexes permet, d'ailleurs, d'éliminer un grand nombre de maladies spinales. La trémulation épileptoïde, qui existe dans beaucoup de nos observations, fait habituellement défaut dans l'ataxie locomotrice, l'atrophie musculaire progressive, tandis qu'elle ne manque jamais dans les paralysies spinales par compression. Si elle n'est pas signalée dans quelques-uns de nos cas, nous savons pourquoi : le réflexe perd beaucoup de sa valeur chez le vieux. Mais il y a d'autres signes de différenciation : dans le mal de Pott, les muscles, par exemple, sont plus paralysés qu'atrophiés, et cela, parce que « dans la myélite transverse par compression il n'y a pas de lésions des cellules des cornes antérieures » (TEISSIER¹), et il suffira de faire cette distinction pour écarter l'atrophie musculaire progressive et la sclérose latérale amyotrophique.

¹ Teissier, *Pathologie interne*, t. I.

« Dans les cas où la sclérose en plaques se limite à la moelle, il est facile de la confondre avec la myélite transverse par compression, mais l'absence de troubles de la sensibilité et d'altérations trophiques précoces dans la sclérose en plaques, l'existence de paralysies incomplètes et variables dans leur intensité, constituent les meilleurs caractères différentiels lorsque les symptômes céphaliques, l'embarras de la parole et le tremblement font défaut » (TEISSIER)¹.

Enfin, lorsque la paraplégie ouvre le cortège symptomatique, on peut parfois être très perplexe: la paraplégie par compression est presque toujours plus accentuée d'un côté, et les réflexes sont plus marqués de ce côté plus paralysé.

Dans quelques cas, heureusement rares, l'apparition brusque d'une paraplégie, la marche rapide de l'affection pourra dérouter, comme dans l'observation XXXII. Mais l'unique principe pour éviter l'erreur est tout simplement de *penser* à une lésion de la colonne vertébrale dès qu'on verra chez un vieillard des phénomènes médullaires difficiles à expliquer, que la symptomatologie soit simple ou complexe.

L'origine rachidienne de la lésion une fois reconnue, sa nature sera plus facile à déterminer: l'élimination des tumeurs et de la syphilis faite comme elle a été indiquée au chapitre II, il ne restera plus que le diagnostic de tuberculose, diagnostic qui ne devra pas étonner.

¹ Teissier, *loc. cit.*

OBSERVATION XXV

(Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*,
1880, t. II, p. 121.)

Homme de cinquante ans (service de M. Béhier). Avant d'être pris de paraplégie, cet homme avait éprouvé pendant plusieurs mois, dans les parois thoraciques, des douleurs localisées sur le trajet des nerfs intercostaux; ce qui, un instant, avait fait croire qu'il s'agissait là d'une simple névralgie intercostale. Plus tard, en raison de la persistance et du caractère de ces douleurs, on avait émis l'opinion que la névralgie était symptomatique, sans pouvoir, toutefois, préciser la nature de la maladie primitive. Ensuite survint la paraplégie, qui éclaira définitivement le diagnostic. Le rachis, jusqu'à la terminaison fatale, conserva sa conformation régulière.

Examen anatomique. — Rachis nullement déformé, bien que le corps de plusieurs vertèbres fût profondément altéré. Ligament vertébral antérieur en partie détruit au niveau de la lésion osseuse. Pachyméningite caséuse externe.

OBSERVATION XXVI

(Weill, thèse de Nancy, 1881.)

Arthrite cervicale tuberculeuse.

X..., cuisinière, cinquante ans, entre le 5 mai 1876, salle Saint-François, service de M. le professeur Parisot. Bonne santé jusqu'à il y a six mois. A cette époque, douleur à la nuque qui a augmenté progressivement. Cou raide; perte des forces dans les bras; ses mains devinrent lourdes et maladroites; pas de douleurs, mais des fourmillements dans les mains et les

pieds. Faiblesse des jambes. Pas de contractures. Sensibilité conservée. Tête un peu repliée en arrière. Pas de déformation, pas de saillie, pas d'empâtement. Mouvements de la tête très douloureux. Aucun trouble de motilité dans la face, la parole est très nette, l'intelligence parfaite.

15 mai. — Rétention d'urine. Paralysie fait des progrès.

19 mai. — Contracture des jambes. Rétention d'urine fait place à une incontinence.

10 juin. — Paralysie absolument flasque des quatre membres. Amaigrissement considérable, état cachectique.

15 juin. — Escarres aux malléoles.

Mort le 5 août.

Autopsie. — Nombreuses granulations aux poumons, cavernes. Ostéite et arthrite du corps des 3^e et 4^e vertèbres cervicales et de leurs articulations. Etui pseudo-membraneux comprimant la moelle sur une hauteur de 2 centimètres. La moelle est étranglée très manifestement.

OBSERVATION XXVII

(*Bulletin de la Société anatomique de 1891, p. 452.*)

Forme absolument nerveuse, malgré une destruction totale du rachis sur une longueur de 2 centimètres.

S..., cinquante-cinq ans, cuisinière, entre le 23 avril 1891, à l'Hôtel-Dieu, service de M. le D^r Proust. Depuis plusieurs années, la malade se plaint presque chaque hiver de douleurs vives au niveau de la colonne dorso-lombaire et des masses musculaires voisines; on les a considérées comme du rhumatisme et, plus tard, comme des douleurs néphrétiques. Il y a deux ans, ces douleurs se sont montrées très vives et revenaient par accès.

Il y a deux mois, leur intensité a été telle qu'elles ont forcé la malade à s'aliter; elles s'irradiaient dans les fesses et à la partie supéro-interne des cuisses.

Les douleurs dorso-lombaires s'accusent, deviennent intolérables, résistant aux vésicatoires, aux pointes de feu et même à la morphine. Incontinence d'urine et des matières fécales. Anesthésie des membres inférieurs, exagération du réflexe rotulien. Au niveau de la région douloureuse, ni tuméfaction, ni saillie de l'apophyse épineuse des vertèbres. A la palpation, douleur très vive au niveau des dernières dorsales ; mais la douleur n'a pas de siège fixe ; elle est aussi intense dans les gouttières vertébrales.

Le malade meut facilement ses jambes, mais ne peut se tenir debout. Réflexes absolus. Pas de troubles trophiques.

12 mai. — Douleurs atroces. Paraplégie complète, escarre au trochanter.

20 mai. — Amaigrissement rapide, escarre sacrée. Relâchement complet des sphincters.

30 mai. — Mort.

Autopsie. — La colonne vertébrale est complètement rompue au niveau de la 12^e dorsale et de la 1^{re} lombaire. Les deux fragments sont séparés par un intervalle d'au moins 2 centimètres. La rupture s'est faite au niveau d'un disque intervertébral et a empiété sur le corps des vertèbres voisines. Cette fracture spontanée correspond à une anfractuosité qui fait le tour de la colonne vertébrale et qui renferme une substance épaisse, caséeuse, gris blanchâtre. La douzième côte a disparu des deux côtés. Petits séquestres osseux. La moelle lombaire est aplatie au niveau de la rupture. Méninges congestionnées. Rien aux poumons. La matière caséeuse du foyer vertébral a été injectée dans le péritoine d'un cobaye, qui a succombé dix-huit jours après, avec le foie et la rate volumineux et farcis de tubercules.

Remarques. — Ce qui nous paraît intéressant dans notre cas, c'est la destruction totale du rachis et des deux dernières côtes, sans qu'à aucun moment de l'évolution du mal il ait été possible de déceler une déviation, une saillie quelconque du rachis. Ce fait a contribué pour beaucoup à l'hésitation qu'on avait à porter un diagnostic ferme (Laffitte).

OBSERVATION XXVIII (résumée).

(Allen, *New-York Medical Journal* de novembre 1881.)

Simplees douleurs lombaires, seul symptôme de tuberculose vertébrale.

Homme, soixante-sept ans, fut admis à l'hôpital pour une carie du tibia droit qui durait depuis dix ans. Pendant qu'il était en observation, il maigrissait et se plaignait de douleurs à la partie la plus inférieure de la colonne lombaire. Il mourut soudainement dans des convulsions.

Autopsie. — Hémorragies à la base du cerveau. Tubercules miliaires dans les deux poumons. Carie superficielle des 4^e et 5^e vertèbres lombaires. Abscess dans les deux muscles psoas.

OBSERVATION XXIX (résumée).

(Allen, *loc. cit.*)

Néuralgie intercostale, seul symptôme de mal de Pott.

Homme, cinquante-cinq ans. Quatre ans avant l'admission à l'hôpital, chute sur le dos. Depuis deux ans, douleur dans la région lombaire. Douleur insupportable dans l'aire innervée par la branche latérale du dernier nerf dorsal. Aucune paralysie. Le malade meurt soudainement de pneumonie.

Autopsie. — Nodules caséux aux sommets des deux poumons. Le disque entre la dernière dorsale et la première lombaire avait disparu. La dure-mère située à ce point était épaissie et incrustée d'une couche épaisse de pus. Corde normale. Le pus s'était logé de chaque côté de l'épine dans les muscles psoas. La 12^e dorsale et la 1^{re} lombaire étaient cariées.

OBSERVATION XXX (résumée).

(Mourteon, thèse de Paris, 1863).

*Sciatique, seul symptôme de tuberculose vertébrale.
Généralisation.*

B..., soixante-deux ans. Au moment où elle entre à la Salpêtrière on l'amène à l'infirmerie ; elle souffrait depuis six mois de douleurs très vives dans les reins et sur le trajet du sciatique droit. Teinte cachectique. Mort un mois après.

L'autopsie fit voir que les douleurs étaient dues à une carie vertébrale, et la mort à une généralisation de la tuberculose aux poumons, aux reins, au péritoine.

OBSERVATION XXXI

(Grognot, thèse de Paris de 1897.)

*Sciatique, seul symptôme de tuberculose vertébrale.
Étiologie longtemps méconnue.*

D. A..., instituteur, soixante ans, entré le 6 septembre 1896 (service de M. Siredey). Pas d'antécédents. Au mois de novembre 1895, le sujet, qui purgeait une condamnation à la prison centrale de Poissy, fut pris de douleurs commençant dans la hanche droite et descendant à la partie postérieure de la cuisse et de la jambe jusqu'à la malléole externe. Il était alors en assez bonne santé et attribua la production de ces douleurs au logement froid et humide qu'il occupait. Ces douleurs étaient vives, continuelles, lancinantes, avec de légères rémittences et augmentaient d'intensité la nuit. Elles s'accompagnèrent au début d'engourdissement et d'une sensation de froid dans le pied et dans la jambe.

Traitement : frictions de térébenthine et d'eau de vie camphrée.

Les douleurs ne tardèrent pas à gagner le côté gauche, suivant également le trajet du nerf sciatique, et elles envahirent la région lombaire des deux côtés.

En sortant de Poissy, le malade va consulter à Saint-Louis (ventouses scarifiées, teinture d'iode, bains sulfureux) et à Lari-boisière (chlorure de méthyle).

Au mois de juin, séjour à l'infirmerie de la Santé : pointes de feu, électrisation, salicylate de soude.

Vers le milieu de juillet, on pensa à la possibilité d'une syphilis ancienne que le malade prétend n'avoir jamais eue et dont en effet on ne trouve pas de traces. KI et frictions mercurielles pendant dix jours. On cessa à l'apparition de deux tumeurs à l'avant-bras, tumeurs indolentes, molles, fluctuantes, dont la ponction retira du pus épais.

6 septembre. — Le malade entre à l'hôpital Saint-Antoine. Douleurs sciatiques : points rétro-trochantérien, crural, poplité, péronier, malléolaire. Douleurs lombaires. Rien aux poumons. Réflexes patellaires exagérés. Trépidation épileptoïde. Miction et défécation normales. Amaigrissement. Pas de fièvre.

Colonne vertébrale intacte : ni déformation, ni point douloureux.

La souplesse ne saurait être recherchée, car le malade présente de la rigidité sénile généralisée.

M. Monod opère les deux tumeurs : l'inoculation du pus à des cobayes montre qu'il est de nature tuberculeuse.

Douleurs névralgiques combattues par chlorure de méthyle, antipyrine, etc.

Vers le milieu de décembre, le malade se plaint de douleurs abdominales et, en palpant le ventre, on trouve une tumeur profondément située sur le côté droit de la colonne vertébrale, au niveau des dernières vertèbres lombaires.

Cette tumeur paraît soudée au rachis ; elle est d'une densité remarquable. Elle aurait pu donner en somme l'impression d'une exostose. Mais en tenant compte d'une part des névralgies rebelles et, d'autre part, des gommes tuberculeuses de l'avant-bras,

M. Siredey porte le diagnostic d'abcès par congestion. Les jours suivants la tumeur grossit, descendit dans la fosse iliaque; sa consistance diminue peu à peu. Il s'agissait bien d'un abcès par congestion. La colonne vertébrale, minutieusement explorée, ne présente toujours ni saillie, ni déformation, et la percussion ne révèle aucun point douloureux.

OBSERVATION XXXII

(Verger et Laubie, *Progrès médical*, 27 janvier 1900.)

Paralysie pottique aiguë sans altération de la moelle.

Prudent B..., charretier, cinquante-six ans, entre à la clinique du professeur Pitres, le 5 octobre 1898, n'ayant aucune déformation de la colonne vertébrale, et souffrant depuis le mois de mars de douleurs dans les membres inférieurs, les lombes et le ventre. L'examen physique ne révèle aucun symptôme ni du côté de la colonne vertébrale, ni du côté de l'abdomen ou des membres inférieurs. La pression des apophyses épineuses n'est nullement douloureuse. Ces caractères négatifs font porter le diagnostic de douleurs rhumatoïdes; traitement par salicylate de méthyle et bains de vapeur.

Au mois de novembre suivant, il est pris de rétention d'urine et de faiblesse des membres inférieurs. En quelques jours il devient complètement paraplégique. Escarre au sacrum. Mort le 14 décembre.

A l'autopsie, on trouve de grosses lésions tuberculeuses des corps des 7^e, 8^e et 9^e dorsales. Dépôts caséeux sur la dure-mère. La moelle n'est pas comprimée; son examen, à l'œil nu et au microscope, ne révèle aucune lésion appréciable.

Il résulte de cette observation que, conformément à l'enseignement de Brissaud, les paraplégies aiguës peuvent se développer au cours du mal de Pott, sans que la moelle soit mécaniquement comprimée ou histologiquement altérée dans sa structure.

Un autre point intéressant de l'observation, c'est la difficulté du diagnostic : pas de gibbosité, pas d'apophyse épineuse douloureuse à la pression ; la diffusion des douleurs des membres inférieurs, des lombes et du ventre ne permettait pas de localisation. Même après l'apparition de la paraplégie, il était difficile d'être certain de l'existence d'un mal de Pott. La marche progressive et rapide de la maladie, l'apparition brusque des escarres faisaient plutôt penser à une myélite aiguë de cause indéterminée.

OBSERVATION XXXIII (résumée).

(Chipault, *Médecine moderne*, 1895).

Paraplégie brusque.

Homme de cinquante-neuf ans, aspect vigoureux, éprouva le 8 août 1894, pour la première fois, tout à coup, pendant la nuit, sans cause appréciable, de violentes douleurs ayant pour point de départ la deuxième apophyse épineuse lombaire et entourant en ceinture l'abdomen. Durèrent un mois, disparurent pour reparaître le 27 novembre, quelques jours avant le début de la paraplégie, début qui fut tout à fait imprévu. Paralyse plus intense du côté gauche que du côté droit. Marche impossible. Pas d'atrophie musculaire. Réflexe rotulien exagéré des deux côtés. Pas de trépidation épileptoïde. Sensibilités normales. Aucun trouble vésico-rectal. Tuberculose pulmonaire.

A l'autopsie, foyer tuberculeux au niveau de la deuxième lombaire. Pachyméningite tuberculeuse.

OBSERVATION XXXIV (résumée).

(Milcent, *Bulletin de la Société anatomique* de 1842.)

D... Claude, soixante-trois ans. Douleurs très vives entre les deux épaules pendant cinq mois ; quand elles ont disparu, les

jambes se sont paralysées lentement. Picotements et fourmillements dans les membres inférieurs. Paralysie incomplète; sensibilité, au contraire, presque entièrement abolie. Abscess froid du sternum. Amaigrissement. Signes de pleurésie. Fièvre, sueurs, diarrhée. Mort dans le marasme.

Autopsie. — Abscess tuberculeux au niveau de la 2^e dorsale. Cette vertèbre et la 3^e sont cariées, baignées par de la matière tuberculeuse à moitié ramollie; séquestres. Compression de la moelle sans altération de ses enveloppes. Tuberculose de la plèvre, du poumon, de l'intestin. La paralysie n'a été accompagnée dans ce cas d'aucune déviation de la colonne vertébrale.

OBSERVATION XXXV (résumée).

(Communiquée à l'Académie de médecine par M. Leudet.

In thèse de Ricard. Paris, 1876.)

Cas d'amélioration.

M... Clotilde, cinquante-trois ans, entrée à l'hôpital le 6 mars 1857. Mal de Pott dorsal. A son entrée, aucun trouble de la motilité ni de la sensibilité dans les membres inférieurs. Pendant le mois de mai 1857, douleurs dans les espaces intercostaux. Du 8 au 11 septembre, sans douleurs préalables, paralysie complète de tout le membre inférieur droit, et quelque temps après du membre gauche. Pas de mention sur l'état des sphincters; néanmoins, guérison complète.

OBSERVATION XXXVI (résumée).

(Allen, *loc. cit.*)

Femme, soixante-huit ans, fut admise à l'hôpital avec des symptômes de dérangement gastro-hépatique. Douleurs névral-

giques à la partie supérieure de l'abdomen du côté droit. Deux jours après, douleur à la pression sur les dernières vertèbres dorsales. Crampes. Paraplégie et anesthésie. Réflexe plantaire diminué. Incontinence d'urine. Mort par œdème pulmonaire.

Autopsie. — Corps de la 7^e dorsale disparu. Absès à la partie antérieure de cet os, Dure-mère épaissie. Corde ramollie.

OBSERVATION XXXVII (résumée).

(Chénieux, th. Paris, 1873).

X..., cinquante-quatre ans. Service de M. le Dr Bernutz, 1872. Maigreur extrême, paraît plus vieux que son âge. Douleurs dans le dos, puis faiblesse des jambes. En janvier 1873, paraplégie. Élançements douloureux nuit et jour. Douleurs en ceinture. Rétention d'urine. Sensibilité s'éteignit peu à peu, mais les élançements douloureux persistèrent jusqu'à la fin. Tuberculose pulmonaire. Pas de gibbosité à la région vertébrale; on y voyait plutôt cette voussure qui vient avec les progrès de l'âge.

Mort dans le marasme, avec escarres au sacrum.

Autopsie. — Vaste foyer purulent au niveau des 5^e et 6^e dorsales, communiquant avec des cavernes pulmonaires. Le disque intervertébral a disparu.

OBSERVATION XXXVIII (résumée).

(Papazian, th. Paris, 1875).

P... Camille, soixante-deux ans. Service de M. Oulmont. Pseudo-névralgies. Paraplégie. Aucune déviation vertébrale. Pas d'atrophie musculaire. Douleurs fulgurantes.

Autopsie. — Carie de la 3^e dorsale et 2^e lombaire. Tumeur pleine de pus tuberculeux.

OBSERVATION XXXIX (résumée).

(Malmond-Moustapha, th. de Paris, 1874.)

Tumeur blanche sous-occipitale.

T... Françoise, soixante-dix-sept ans. Service du Dr Charcot. Douleur sous-occipitale plus forte à droite ; la pression augmente peu la douleur. Pas de saillie anormale à la nuque. Raideur du cou, la tête semble fixée au tronc. Membre supérieur droit affaibli. Tremblement de la main et de l'avant-bras du même côté, lorsque la main n'a pas de point d'appui.

Autopsie. — Carie du pourtour du trou occipital, de l'atlas, de l'apophyse odontoïde. Destruction absolue des apophyses articulaire et transverse droites de l'axis. Collection purulente dans le canal rachidien. Le nerf sous-occipital d'Arnold s'est trouvé comprimé. La moelle et ses enveloppes n'offrent aucune altération.

OBSERVATION XL

(Desprès, *Bulletin de la Société anatomique* de 1834).

Desprès présente deux vertèbres dorsales, siège d'une altération *particulière*, recueillies chez une femme de soixante-quinze ans qui, dans les derniers temps de sa vie, se plaignait de douleurs à la région du dos. Les deux vertèbres sont dans un état de ramollissement, avec infiltration de pus dans leurs cellules et érosion des faces par lesquelles elles se correspondent. Ces deux vertèbres, à moitié détruites, formaient en haut et en bas les parois d'un foyer purulent qui remplaçait la substance des intervertébrales. Cette lésion est curieuse, sous le rapport de l'âge de la femme sur laquelle elle s'est développée.

CHAPITRE IV

FORME ANATOMIQUE OU LATENTE

« Le médecin, dit CHARCOT, doit, en examinant un vieillard, redoubler d'attention et tenir compte des moindres indices, s'il ne veut pas se laisser surprendre par des accidents complètement imprévus. » Les autopsies de vieillard sont en effet souvent fort curieuses, on y fait des trouvailles inexplicables, on retrouve là, dans cette véritable « boîte à surprise », des lésions énormes qu'aucun symptôme n'a rendues décelables pendant la vie. La tuberculose vertébrale existe souvent dans cette forme latente, c'est la forme anatomique pure ; néanmoins nous croyons que, si l'on suit le conseil de Charcot, si l'on veut tenir compte des moindres indices et soulever un coin du voile qui dissimule la lésion, on arrive presque toujours à retrouver les symptômes de la phthisie vertébrale. Les signes demeurent souvent cachés parce qu'on ne sait pas les découvrir. Dans nos observations, il est en effet facile de relever quelques symptômes qui n'ont pas arrêté l'attention du clinicien et qui auraient dû pourtant éveiller des doutes : dans l'observation XLVI, c'est un peu de torticolis ; dans l'observation XLV, un peu de courbature et d'amaigris-

sement ; dans l'observation LXIX, des douleurs de rein très anciennes. Pourquoi ne pas s'arrêter à ces symptômes alors qu'il faut s'exercer à les découvrir ? C'est en fouillant l'organisme sénile que l'on peut saisir ce qu'il dissimule. Nous ne voulons pas dire qu'en présence de ces symptômes, insignifiants en apparence, il faille immédiatement penser au mal de Pott : avec une telle idée en tête on verrait partout des tuberculoses vertébrales, et cette exagération serait encore plus ridicule que peu scientifique ; mais c'est un principe général de pathologie sénile de faire une étude attentive de tous les organes et appareils, et de ne rien laisser passer qui ne soit sérieusement contrôlé. Nos observations, parfois amusantes, en diront plus que nous. Elles montrent combien de maux de Pott doivent demeurer ignorés ! C'est dans cette forme, en effet, que l'on rencontre au maximum le désaccord des fonctions, le défaut d'harmonie de l'organisme vieilli ; c'est là qu'est la plus belle confirmation du mot souvent cité de Réveillé-Parise : « La machine est ébranlée est discordante. » Les vertèbres « souffrent bien isolément », rien ne retentit sur la moelle, rien sur l'état général. Le vieux ignore même son mal puisqu'il ne le sent pas, merveilleuse inertie d'un corps qui ne sait plus souffrir, qui sait à peine vivre. Mais les rouages vont encore, jusqu'au jour où une cause occasionnelle quelconque arrête tout, et cela d'une façon tantôt subite, tantôt lente.

Cette forme de tuberculose vertébrale ne serait intéressante qu'à demi s'il fallait renoncer absolument à son diagnostic. Mais nous croyons pouvoir la placer dans le cadre de la clinique ;

d'abord parce qu'en la signalant on saura qu'elle existe, qu'elle est fréquente, et ensuite parce qu'elle est décelable en certains cas. Son diagnostic est évidemment très délicat ; il exige un sens clinique affiné et, si l'on peut dire, beaucoup de flair. Que le simple torticolis, que la vulgaire courbature soit le point de départ d'enquêtes sérieuses, et l'on fera alors des trouvailles cliniques qui éviteront les surprises de l'autopsie. La médecine d'aujourd'hui a trouvé en la radiographie une arme puissante. Avec elle, plus de secret. Déjà, en 1896, NOBLE SMITH¹ rapportait deux cas dans lesquels il avait pu diagnostiquer par les rayons X une carie spinale à une période précoce de la maladie ; et l'auteur était tout étonné de voir quelles lésions on peut ainsi découvrir, alors qu'il n'existait que quelques symptômes nerveux chez les malades.

REDARD et LARAN, au Congrès de chirurgie du 22 octobre 1898 s'exprimaient ainsi : « Dans plusieurs des observations, la radiographie a permis d'établir le diagnostic du mal de Pott à sa première période. On a pu affirmer dans quelques cas l'existence réelle de la tuberculose vertébrale, et prendre en conséquence des mesures thérapeutiques immédiates, alors que les symptômes subjectifs et objectifs ne renseignaient qu'insuffisamment. »

L'art de la radiographie se perfectionne de jour en jour ; on peut actuellement obtenir avec une très grande précision l'image du rachis, et l'œuvre

¹Noble Smith, *British medical Journal*, 6 juin 1896.

destructive des colonies microbiennes, ainsi révélée par les rayons de Röntgen, peut être arrêtée dans son évolution par une thérapeutique appropriée.

On pourra nous objecter que tout le monde ne peut pas faire de la radiographie et que ce moyen de diagnostic restera longtemps encore une arme d'hôpital. Nous en convenons ; mais le bon clinicien n'a-t-il pas ces « petits signes » qui existent toujours dans le tableau clinique quand on veut bien les voir ? Ne suivra-t-il pas, comme le dit Charcot, le moindre indice ? Et enfin, si malgré tout il ne peut voir un mal invisible, qu'y a-t-il là d'extraordinaire ?

Puisque la forme anatomique pure existe, il nous fallait la signaler ; et, comme, à notre avis, elle est parfois décelable, il nous fallait dire comment.

OBSERVATION XLI

(Apert. Communication au 13^e Congrès de médecine
à Paris, 29 août 1900).

Malade de soixante ans, qui fut prise un jour de très violentes douleurs lombaires siégeant des deux côtés à la fois. Il s'y joignit bientôt des troubles de la déglutition, puis de l'amyotrophie de l'éminence thénar et des masses musculaires des membres inférieurs. Dans l'impossibilité de porter un diagnostic précis, [on pensa à un cancer de l'œsophage avec métastases rachidiennes. La malade ayant succombé aux progrès de la cachexie, on trouve à l'autopsie une multitude de points de tuberculose osseuse, affectant la forme de petits abcès logés entre les vertèbres et le grand surtout ligamenteux antérieur, ainsi qu'à

la face interne des côtes ; un abcès par congestion, qui prenait son origine dans la 2^e vertèbre lombaire, fusait dans la gaine du psoas. Tuberculose fibreuse au poumon droit.

OBSERVATION XLII

(Guichet, *Union médicale* de 1877, p. 719.)

Abcès froid des vertèbres cervicales pris pour un corps étranger de l'œsophage.

Augustine M..., cinquante-deux ans, scrofuleuse et rachitique, considérée comme idiote dans le pays. Le 11 septembre le Dr Suryot fut appelé pour la voir. Elle avait avalé depuis plus de six jours une pomme cuite dont la partie centrale contenant les pépins lui était, disait-elle, restée dans le cou. Depuis ce long temps elle avait dû cesser de manger et, en ce jour, la boisson même était rejetée aussitôt qu'introduite. Les affirmations étaient si nettes, si précises, que M. Suryot, malgré la date à laquelle remontait l'accident, devait croire à sa réalité ; il se mit donc à l'œuvre, essaya de faire boire la malade ; tentatives inutiles, maintes fois renouvelées. Son esprit toutefois était en défiance, car un corps étranger siégeant à ce niveau depuis si longtemps aurait probablement amené des accidents du côté de la respiration, accidents qui n'avaient pas paru ; il essaya, mais en vain, d'introduire la sonde œsophagienne, elle était arrêtée dès l'entrée. La malade ne voulant plus laisser poursuivre cette exploration, qui avait lieu sous un arbre au beau milieu d'un champ, car elle avait absolument refusé d'entrer dans une maison, notre confrère revint et me conta ce fait. Nous envisageâmes la conduite à tenir. Pour nous rendre maîtres d'une telle malade et l'examiner aisément, ne pouvions-nous pas la chloroformer ? Oui, évidemment. Mais, d'un autre côté, nous craignions de voir survenir des accidents d'asphyxie facilités par l'agent anesthésique.

Nous savions aussi la nature du corps étranger et j'avais entendu mon ancien et cher maître de Brest, M. Rochard, dire qu'en présence d'os de bœuf engagé dans l'œsophage, accidents assez fréquents chez les marins comme chez les soldats, il les poussait simplement jusque dans l'estomac; de même le *Recueil de mémoires de médecine militaire* rapporte plusieurs cas où le corps étranger d'origine animale ou végétale avait été précipité à l'aide d'un poireau dans l'estomac. Je penchais donc vers ce dernier procédé.

Le lendemain, dès le matin, le Dr Suryot voyait la malade et recommençait l'examen avec le doigt profondément introduit; il trouva une surface saillante d'arrière en avant, lisse, légèrement rénitente, située sur la partie inférieure du pharynx. Ce fut une révélation. Examinant les vertèbres cervicales à la nuque, il en trouva plusieurs saillantes, douloureuses, recouvertes par une peau rouge, enflammée.

On avait affaire ici à un abcès rétro-pharyngien, à un mal de Pott cervical.

Quelques heures après, Augustine rendit tout à coup du pus par la bouche en assez grande quantité, puis, se sentant mieux, elle saisit une cruche, but de l'eau abondamment; le soir elle était morte.

OBSERVATION XLIII

(Dupuytren, *Cliniques chirurgicales*, t. I).

Tuberculose vertébrale absolument ignorée pendant la vie.

Marie-Charlotte, cinquante-cinq ans, brodeuse, entra à l'Hôtel-Dieu le 5 janvier 1824. Elle était affectée depuis dix ans d'une maladie du coude gauche caractérisée par un ulcère à la peau, une fistule et une suppuration fétide. Sur le dos du pied droit autre ulcération. A cette lésion, grave par elle-même, se joignaient les symptômes d'une phtisie avancée.

Mort le 17 janvier.

Tuberculose pulmonaire. Colonne vertébrale offrait une exagération forcée de ses trois courbures. Au niveau de la 1^{re} lombaire, collection purulente située entre la surface osseuse dénudée, grise, rugueuse, et les parties ligamenteuses. Pus jaune, homogène; quantité, 1 once et demie.

OBSERVATION XLIV

(*Transactions of the Pathological Society of London, 1864.*)

Carie des trois vertèbres cervicales supérieures, destruction de l'apophyse odontoïde et ulcération du ligament transverse. — Sans symptôme pendant la vie.

W. B., dernier doyen de Westminster, mort à soixante-treize ans. Depuis plusieurs années, profonde mélancolie. Par suite d'accident, fracture de la cuisse. S'était plaint beaucoup de névralgies dentaires. Il dépérit peu à peu et mourut rapidement, mais non subitement. Examen *post mortem*. Gros ganglions indurés au cou. La dure-mère crânienne est fortement adhérente à la surface du cerveau. Athérome de la carotide interne.

Destruction considérable par carie de l'apophyse odontoïde; ulcération partielle du ligament transverse; destruction complète des ligaments voisins. Carie de la face supérieure et antérieure du corps de l'axis. L'apophyse transverse gauche de l'atlas, la transverse droite de la troisième cervicale sont également cariées. La partie supérieure de la portion cervicale de la corde était peut-être un peu ramollie, mais pas à un degré bien marqué.

Remarques par le Dr Ogle : L'existence de l'état pathologique des os de l'épine fut complètement ignorée pendant la vie. L'examen *post mortem* a suffisamment prouvé la fin du doyen de Westminster. L'état du ligament transverse montre que l'apophyse odontoïde passait sur la moelle de façon à produire une mort rapide, mais non subite.

OBSERVATION XLV (résumée.)

(Michel, th. Paris, 1894.)

Tuberculose vertébrale ignorée pendant la vie. — Symptômes d'une granulé pulmonaire secondaire.

M... B. soixante-douze ans, service d'Alb. Robin à la Pitié.

On ne peut obtenir aucun renseignement de la malade, qui est plongée dans un état semi-comateux, et qui répond d'une façon incohérente aux questions qu'on lui pose. Son fils raconte qu'elle est malade depuis une quinzaine de jours. Elle a été prise de courbature, perte d'appétit, des forces.

Auscultation difficile, la malade respirant mal. Sonorité à peu près normale dans les deux poumons. Pas de souffle, quelques râles crépitants fins, à la partie moyenne et à la base du poumon gauche en arrière. Pas d'expectoration, pas de dyspnée. T. = 37,6. On pense à une pneumonie centrale. Mort le dixième jour.

Autopsie. — Poumon gauche criblé de granulations grises; nulle part on ne trouve de foyer tuberculeux caséeux ancien.

Poumon droit granulations, mais moins nombreuses que du côté gauche. Cœur normal. Aorte saine, non athéromateuse. Foie jaunâtre. Reins pâles, sans granulations. Pas de granulations sur le péritoine. Au niveau de la 7^e dorsale, sur la face droite de son corps, abcès du volume du pouce, à contenu caséo-purulent. L'os sous-jacent est manifestement atteint d'ostéite.

OBSERVATION XLVI (résumée).

(Cornil, *Archives de physiologie*, 1870).

II..., coutelier, cinquante-quatre ans, hôpital de la Pitié, salle Saint-Paul.

16 novembre 1869. — Tuberculose pulmonaire évidente. Tumeur blanche du coude.

Pendant son séjour à la Pitié, le malade maigrit rapidement et la phtisie affecta une marche rapide.

Une semaine avant sa mort, le malade se plaignit de torticolis ; il ne pouvait remuer le cou ; pour le faire boire, il fallait le soulever tout d'une pièce.

Autopsie. — Adhérences de la plèvre gauche, granulations tuberculeuses aux deux poumons, caverne au sommet droit.

Les corps des vertèbres du cou étant mis à nu, on voit sortir entre la 6^e et le 7^e cervicale, un pus verdâtre épais. Le disque intervertébral est détruit. La surface externe de la dure-mère est entourée, à ce niveau, par du pus épais ; la surface interne est congestionnée. La moelle ne paraît pas altérée.

Granulations tuberculeuses du foie, des reins, de la rate.

Au coude, arthrite tuberculeuse.

OBSERVATION XLVII

(Noble Smith, *British medical Journal*, 11 déc. 1886).

In St. George's Hospital Museum, est l'épine d'une femme de soixante ans, admise pour paraplégie remontant à trois mois, et qui mourut soudainement. L'examen de l'épine durant la vie, n'aboutit pas d'une façon évidente à une maladie vertébrale.

Les portions voisines des corps des 3^e et 4^e vertèbres dorsales sont partiellement détruites et la substance intervertébrale complètement aussi.

OBSERVATION XLVIII (résumée).

(Puel, thèse d'agrégation 1878.)

X... cinquante ans, réputé avant sa maladie pour un type de force et de santé. La personne qu'il m'avait envoyée crut devoir

me prévenir en route qu'il s'agissait d'une maladie ancienne, remontant à deux ans environ et contre laquelle de longs traitements avaient été mis en usage ; c'était pour satisfaire au désir du patient qu'on m'appelait en qualité de jeune médecin récemment installé, mais l'opinion publique avait flétri ce malheureux de l'épithète de malade imaginaire, et on pensait que les secours médicaux étaient désormais inutiles. Le malade me fit de ses souffrances un récit interminable, insistant surtout sur les désordres de la digestion, remontant à l'année précédente, contre lesquels les premiers médecins avaient échoué. Pas de gibbosité. Un mois après saillie de la neuvième vertèbre dorsale.

OBSERVATION XLIX (résumée).

(*Bulletin de la Société anatomique de 1857.*)

Tuberculose vertébrale absolument ignorée pendant la vie.

K. soixante-cinq ans, forgeron, entre le 8 août 1857 à l'hôpital Beaujon, service de M. Robert, pour y être traité de varices aux membres inférieurs. Pas d'antécédents. Hémorroïdes.

Opération des varices le 12 août. Bon état jusqu'au 16 août. Ce jour-là pouls normal, mais pas d'appétit.

Le soir mort subite. Cette fin si prompte, si inopinée, jeta tout le monde dans l'étonnement.

Autopsie. — Infiltration très grande du système veineux. Plaques transparentes au niveau du renflement lombaire de la moelle. Le malade s'était plaint, dès son entrée, de douleurs de reins très anciennes. On n'y fit aucune attention, on était préoccupé de ses varices exclusivement.

Les trois dernières vertèbres lombaires étaient malades ; on y constate tous les signes de l'ostéite ; et, de plus, véritable arthrite vertébrale : le troisième disque intervertébral, en partie détruit, est ramolli et baigné dans une sanie purulente.

Les varices n'ont rien de particulier. Pas de phlébite, pas d'infection purulente.

CONCLUSIONS

I. La tuberculose vertébrale n'est pas une exception chez le vieillard. Mais comme l'état latent est le caractère essentiel des affections séniles, le mal de Pott est souvent ignoré chez lui, et la fréquence clinique ne répond pas à la fréquence anatomique.

II. La tuberculose vertébrale sénile peut *cliniquement* se révéler sous **trois** formes assez distinctes :

1° **Une forme classique**, avec la gibbosité, l'abcès par congestion, les phénomènes médullaires.

Mais ces symptômes ne sont pas tels que dans l'enfance : la gibbosité est plus arrondie ; elle se forme souvent sans douleur ; les courbures de compensation n'existent pas ; — l'abcès est presque toujours ignoré ; il échappe à l'exploration, car il s'entoure d'une coque fibreuse, et au lieu de fuser il demeure appendu le long de la colonne osseuse ; son développement est également indolore ; — les phénomènes médullaires empruntent l'allure qu'ils ont dans la forme suivante où, à eux seuls, ils constituent tout l'ensemble symptomatique.

2° **Une forme nerveuse**, composée de phénomènes de myélite transverse et de névrite radiculaire. Pas de gibbosité, aucun signe d'abcès. Des névralgies intenses, gagnant de proche en proche de nouveaux territoires nerveux ; des paralysies des

membres, de la vessie et du rectum, survenant parfois brusquement; des troubles trophiques nombreux sont les seules manifestations de cette variété de bacilliose vertébrale.

Et chacun de ces symptômes, en vertu de la discordance des fonctions chez le vieux, peut constituer à lui seul tout le tableau clinique.

L'action réflexe, souvent amoindrie, peut disparaître complètement du fait de la sénilité.

3° **Une forme latente ou anatomique**, presque sans symptômes pendant la vie. C'est la véritable forme sénile, traduction fidèle du défaut de réaction de l'organisme vieux.

III. Le diagnostic de ces trois formes clinique est possible : les deux premières par l'élimination raisonnée des tumeurs, de la syphilis, des maladies systématisées de la moelle; la dernière par la radiographie, et toutes *en pensant* à la tuberculose, malgré l'âge du malade et malgré l'allure insolite des symptômes.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LAROYENNE.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 4 décembre 1900.

LE RECTEUR PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN, New-York medical Journal, novembre, 1881.
- APERT, Communication au 13^e Congrès de médecine, 2-9 août 1900
(Semaine médicale du 19 septembre, 1900).
- ALTEMAIRE, thèse de Paris, 1900.
- BARIÉ, Recherches sur la tuberculose sénile (Rev. de méd., 1885).
- BEAU, Etudes cliniques sur les maladies des vieillards, 1843.
- BOUCHARD, Traité de pathologie générale.
- BOURDELAIS, sur Quelques Observations de scrofule chez le vieillard (thèse, Paris, 1876).
- BOUVIER, Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur, 1858.
- BROUSSE, de l'Involution sénile.
- Bulletin de la Société anatomique de Paris, depuis 1827.
- CAMBEROGUE, Indroduction à l'étude des maladies de la vieillesse (thèse, Montpellier, 1873).
- CANSTATT, Die Krankheiten des Höheren alters und ihre Heilung, Erlangen, 1839.
- CHARCOT, Maladies des vieillards, 1868.
— Maladies du système nerveux, t. II, p. 109.
- CHÉNIEUX, thèse de Paris, 1873.
- CHIPAULT, Médecine moderne, 1895.
- COURJON, thèse de Paris, 1875.
- CORNIL, Archives de physiologie de 1870.
- DELBET, Journal des Praticiens, 16 octobre, 1897.
- DELEPECH, Traité de l'orthomorphie.
- DELMANGE, Etude clinique et anatomique de la vieillesse, 1886.
- DUPUYTREN, Cliniques chirurgicales, 1849, t. I, p. 519.

- DURAND-FARDEL, Traité prat. des malad. des vieillards, 1873.
- FEURER, Anatomische Untersuchungen ueber Spondylitis (Archiv Virchow B. 82, 1880.)
- FISHER, Tractatus de senio, 1766.
- FLOYER, Medicina Gerocomica, 1724.
- FULLER, Diseases of the Lungs, 1867.
- FRIOT, de la Sciatique chez les phtisiques (thèse, Paris, 1879).
- GANGOLPHE, Maladies infectieuses et parasitaires des os.
- GEIST, Klinik der Greisenkrankheiten, Erlangen 1860.
- GENDRIN, de l'Influence de l'âge dans les maladies (thèse de concours, 1840, p. 58).
- GIACOMETTI, Exagération des réflexes dans le mal de Pott (thèse, Paris, 1898).
- GILBERT, Tuberculose pulmonaire chronique des vieillards, 1885.
- GIRAUD, thèse de Bordeaux, 1888.
- GOWERS, Spinal caries in the old (British medical Journal, July 1886).
- GUICHET, Union médicale de 1877, p. 719.
- GROGNOT, Troubles précoces du mal de Pott, 1897 (thèse, Paris).
- HOWARD MARSH, New-York medical Journal, 1881.
- Senile tuberculosis (The Lancet, 16 avril 1892.)
- IMBERDIS, Symptômes du mal de Pott au début (thèse, Paris, 1886).
- Dr JOHN W. OGLE, Transactions of the Pathological Society of London, 1864, May, 17 th.
- LACONCHE, Des scrofules séniles (thèse, Bordeaux, 1882).
- LANDOUZY, Archives de médecine de 1875.
- LANNELONGUE, Tuberculose vertébrale, 1888.
- LEBERT, Traité de la phtisie pulmonaire, 1879.
- LEVOT, Syphilis du rachis, Paris, 1881.
- LEYDEN, Traité clinique des maladies de la moelle, p. 177.
- MAHMOUD-MOUSTAPHA, thèse de Paris, 1874.
- MICHAUD, thèse de Paris, 1871.
- MICHEL, la Tuberculose des vieillards, Paris 1894.
- METTENHEIMER, Beitrage zu der Lehre der Greisenkrankheiten Leipzig, 1863.

MOEBIUS, Disparition du phénomène du genou chez les vieillards.
(Centralblatt für Nervenheilk. 1883.)

MOURETON, Tuberculisation des vieillards, thèse, Paris, 1863.

NÉLATON, thèse, Paris, 1836.

NOBLE SMITH, Obscure diseases of the spinal column (British
medical Journal, 11 décembre 1886.)

— La Découverte des caries spinales par les rayons de
Röntgen. (Brist. med. Journ., 6 juin 1896, p. 1382.)

PAGET, Clinical lectures and essays, 1867.

PAPAZIAN, thèse de Paris, 1875.

PITRES ET VAILLARD, Névrites périphériques chez les tuberculeux.
(Revue de médecine, 1886.)

PETER, de Quelques Accidents nerveux chez les phtisiques.
(Union médicale de 1877.)

POTT, Œuvres chirurgicales.

POULET ET BOUSQUET, Traité de pathologie externe, t. II.

PUEL, thèse d'agrégation, 1878.

PRUS, Mémoire de l'Académie de médecine, 1840.

QUÉNU, Scrofule des vieillards (Progrès médical de 1878).

RAGEOT DE LA TOUCHE, Etude sur quelques cas de scrofule
tardive (thèse, Paris, 1880).

RÉVEILLÉ PARISE, Traité de la vieillesse, 1853.

RAYMOND, Leptomyélites tuberculeuses (Revue de médecine de
1886.)

SIREDEY, Diagnostic du mal de Pott chez l'adulte (Semaine
médicale, 1900).

TEISSIER, Pathologie interne, t. II.

VERGER ET LAUBIE, Paralysie pottique aiguë (Revue neurologi-
que du 15 juin 1900).

WEIL, la Tuberculose sénile, Nancy, 1881.

WIART, Gibbosité pottique (Revue de chirurgie, 1898).

WIDAL, IV^e Congrès de la tuberculose, Paris, 1898.

WILLIAM RUSSEL, The early diagnosis of spinal caries. (British
med. Journal, 1881.)

